

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ,  
MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE BAĞLILIK  
İLİŞKİSİ: DEVLET, ÖZEL VE ÜNİVERSİTE  
HASTANELERİ KARŞILAŞTIRMASI**

**Eda YAŞA**

**DOKTORA TEZİ**

**ADANA / 2012**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ,  
MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE BAĞLILIK  
İLİŞKİSİ: DEVLET, ÖZEL VE ÜNİVERSİTE  
HASTANELERİ KARŞILAŞTIRMASI**

**Eda YAŞA**

**DANIŞMAN: Prof.Dr. Fatma DEMİRCİ OREL**

**DOKTORA TEZİ**

**ADANA / 2012**

## ÖZET

# SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE BAĞLILIK İLİŞKİSİ: DEVLET, ÖZEL VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ KARŞILAŞTIRMASI

Eda YAŞA

**Doktora Tezi, İşletme Anabilim Dalı**

**Danışman: Prof.Dr. Fatma DEMİRCİ OREL**

**Haziran, 2012, 211 sayfa**

Hizmet sektörü için özellikle kalite ve müşteri memnuniyeti, tüketicilerin satın alma karar sürecinde etkili olan iki önemli kilit faktör olarak kabul görmektedir. Günümüzün küresel dünya düzeninin getirmiş olduğu sert rekabet koşulları, sanayi işletmelerini olduğu kadar sağlık işletmelerini de derinden etkilemektedir. Türkiye'deki hastaneler, sağlık alanında son yıllarda yapılan reformlar dolayısıyla, bu sert rekabet piyasasında müşteri çekme ve mevcut müşterilerin bağlılıklarını arttırmaya yönelik gayret içerisine girmişlerdir. Bu nedenle, kalite standartlarını geliştirme ve müşteri gözünde algılanan değerlerini yükseltmeye yönelik gayret göstermektedirler.

Bu çalışmayla, devlet, özel ve üniversite hastanelerinden alınan hizmetin kalitesinin, hasta memnuniyet düzeylerine ve müşteri sadakatine olan etkisi ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırma kapsamında, Adana ilinde sağlık hizmeti sunan beş hastanede (2 devlet hastanesi, 2 özel hastane ve bir üniversite hastanesi) en az bir gece kalmak şartıyla tedavi gören 551 hastaya anket yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler aracılığıyla, hastanelerin sunmuş oldukları hizmetlerin kalite boyutları belirlenmiştir. Faktör analizi sonucunda belirlenen sağlık sektöründeki sekiz alt boyut refakatçilere yönelik hizmetler, oda hizmetleri, hemşire hizmetleri, hekim hizmetleri, yemek hizmetleri, görünüm ve ulaşım hizmetleri, kayıt öncesi ve bilgilendirme hizmetleri ve hasta hizmetleri olup, bu alt faktörlerin hastane türlerine göre müşteri memnuniyet ve bağlılığına olan etkisi incelenmiştir. Verilerin analizinde çapraz tablolar, frekans dağılımları, ortalama, standart sapma gibi çeşitli tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik analizleri, varyans analizi, çoklu doğrusal regresyon ve lojistik regresyon analizlerinden de yararlanılmıştır.

Hipotez testlerinin sonuçlarına göre hastane türlerine göre algılanan hizmet kalitesi boyutları arasında yemek hizmetleri haricinde farklılık bulunmaktadır. Belirlenen hizmet kalitesi boyutlarıyla müşteri memnuniyeti ilişkisi hastane türlerine göre farklılık göstermekte olup, devlet hastanelerinde hemşirelik ve yemek hizmetleri, özel hastanelerde, refakatçilere sunulan hizmetler, hemşirelik hizmetleri ve genel görünüm ve ulaşım hizmetleri öne çıkarken, üniversite hastaneleri için ise hasta hizmetleri müşteri memnuniyetinde daha önemli katkı sağlamaktadır. Algılanan hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığı üzerinde doğrudan değil, dolaylı etkisi ortaya çıkarken, müşteri memnuniyetinin müşteri bağlılığı üzerinde doğrudan etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Hizmeti, Hizmet kalitesi, Müşteri Memnuniyeti, Müşteri Bağlılığı ve Hastaneler

**ABSTRACT****INTERRELATIONSHIPS BETWEEN SERVICE QUALITY, CUSTOMER SATISFACTION AND CUSTOMER LOYALTY IN HEALTH SECTOR: A COMPARISON OF PUBLIC, PRIVATE AND UNIVERSITY HOSPITALS****Eda YAŞA****Ph. D. Thesis, Business Department****Supervisor: Prof.Dr. Fatma DEMİRCİ OREL****June 2012, 211 pages**

Service quality and customer satisfaction, especially for the service sector, are regarded as the two important key factors in consumers' purchasing decision process. Conditions of fierce competition in today's global world order affects industrial companies as well as the health care businesses deeply. Due to the reforms in health area, hospitals in Turkey are attracting new prospects and increasing the loyalty of existing customers. Because of this, the hospitals are showing efforts to develop quality standards and increase the perceived value in the eyes of the customers.

In this study, the affect of the service quality provided by government, private and university hospitals on patients' satisfaction and loyalty was measured. In the survey the data was collected from 551 patients who have provided at least one overnight stay at the Five-hospitals in the province of Adana (2 government hospitals, 2 private hospitals and a university hospital). According to the collected data, quality dimensions of the services provided by hospitals have been determined.

This of eight subscales services determined by conducting a factor analysis in health industry are as follows; in-room services, nursing services, physician services, food services, appearance, access to services, information services for prior to enrollment and patient services. Then, the eight sub-dimensions according to the type of hospital, and commitment to customer satisfaction were analyzed. Anova, regression analyzes and various descriptive statistics (mean, standard deviation, cross tables, etc.) were used to test the hypothesis included in the model.

According to the results of the tests, there is meaningful relationship among the factors through hospitals. There is a significant difference between customer satisfaction

and quality dimensions. According to the results, public hospitals' patients(consumers) are effected more from the services of "nursing" and "food" ; private hospitals' patients are effected more from the services of "provided to patients' guests/relatives", "nursing" and "General Appearance and accessing" ; and for University hospitals consumers' satisfaction is effected from the services of " patient services". It was found that customer loyalty is affected by perceived quality dimensions indirectly, however, there s direct effect of customer satisfaction on customer loyalty.

**Keywords:** Healthcare service, service quality, coustomer satisfaction, customer Loyalty, and Hospitals

## ÖNSÖZ

Küreselleşmenin de etkisiyle daha hızlı olarak yaşanan değişim ve gelişimlerden tüm işletmeler ve tüketiciler yoğun olarak etkilenmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri vatandaşlarına sunmuş olduğu hizmetlerin çeşitliliği ve kalitesi ile belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin içeriği ve kalitesi de gelişmişlik düzeyinin belirleyicilerindendir. Hizmetlerin, kendilerine özgü özellikleri ve müşteri algılamalarının karmaşıklığı nedeniyle tanımlanması ve ölçülmesi daha zordur ancak hizmet kalitesinin geliştirilebilmesi için de ölçülmesi şarttır. Üretim sürecinde hizmeti satın alan müşterinin yer alması, müşteri memnuniyetini sağlamada kalitenin yerini perçinlemektedir. Hizmet talebinde bulunan müşteriler; talep ettikleri hizmetin anında ve mümkün olan en düşük maliyetle temin edilmesini, hizmetin sunumu için beklenen sürenin hatta hiç olmamasını, kendilerine hizmet sunumunu gerçekleştirenlerin nazik ve kibar davranmalarını, özel ve önemli olduklarını hissettirmelerini, hizmet sunumu sırasında ortaya çıkabilecek hata ya da olumsuzluklara anında çözüm bulunabilmesini ve tüm bunlarla birlikte, kusursuz hizmet almayı istemektedirler. Her sektörde artık müşteri “kral” olarak kabul edilmektedir. Teknolojik alt yapının daha hızlı gelişmesine bağlı olarak artık sağlık sektörü içinde benzer talepler piyasadaki arzı şekillendirmektedir. Bilgi çağında artık bireyler artık sağlıklarına daha fazla önem vermekte ve talep ettikleri sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteği arayışları daha çok ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayan kurumların başında gelen hastanelerin, hem kendileri hem de müşterileri için en iyiyi, en kaliteliyi bulma arayışı içine girmeleri ve bunu sürekli kılmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde son yıllarda yapılan reformlar ışığında artık hastalar, doktor ve hastane seçme hakkını elde etmiş olup, sadece kamuya bağlı olan değil, istedikleri hastanelerden standartlaştırılan fark ücretlerini ödeyerek hizmet alabilmektedirler. Bu doğrultuda sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin müşteriler tarafından nasıl algılandığının somut olarak tespiti giderek daha fazla önem arz etmektedir. Bu bağlamda bu tez çalışmasıyla, sunulan sağlık hizmeti kalitesinin müşteri tarafından nasıl algılandığını, gerçekleşen performanstan hastanın duyduğu memnuniyetin hastanın hastaneyi tekrar tercihine etkisi ölçülmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın ilk harfinden son harfine kadar benim için bir tez danışmanından daha fazlası olan, çoğu zaman ailesine ayracağı özel zamanları ve hatta hafta sonlarını bile ayırmaktan çekinmeyen, aksine her zaman beni ailesinin bir ferdi olarak gören ve

bunu içtenlikle hissettiren, kelimelerle minnetimin ifadesini belirtemeyeceğim, anlayışına ve desteğine hayran olduğum, örnek aldığım değerli hocam Prof.Dr. Fatma DEMİRCİ OREL (ve OREL ailesi)'e sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım. Akademik hayatımdaki bu en önemli dereceyi, sizinle birlikte çalışarak almanın her zaman bana güven ve gurur vereceğini belirtmek isterim.

Doktora programı için ilk görüşmeye geldiğim gün itibariyle değişmeyen çizginiz, göstermiş olduğunuz sabır ve anlayış için ve ayrıca örnek bir akademisyen kimliğinizle pazarlama yolumuzu ve hayatımızı her zaman aydınlattığınız için değerli Prof.Dr. Serap ÇABUK hocama; Tez izleme komitemde yer alan ve her zaman yapıcı tavsiyeleriyle istatistiği sevdiren Yard.Doç.Dr. Ebru ÖZGÜR GÜLER hocama, Değerli jüri üyelerim Doç.Dr. Hilal İNAN ve Yard.Doç.Dr. Nuriye GÜREŞ hocalarıma her türlü destek ve katkıları için çok teşekkür ederim. Ayrıca çalışmanın istatistiki analizler kısmında yoğunluğu içerisinde bile zaman yaratıp, istatistik alanında bizi aydınlattığı için Öğr.Gör.Dr. Hüseyin GÜLER Hocama teşekkürlerimi sunmak isterim. Tez izleme komitesi ilkjüri üyelerimden olan Yard.Doç.Dr. Kenan LOPÇU Hocama “09 Eda”nın tezi için sunmuş olduğu tüm görüş, katkı ve destekleri için minnettarlığımı belirtmek isterim. Ayrıca, pazarlama alanını bana sevdiren, asistanı ve öğrencisi olma şansına sahip olduğum için her zaman gurur duyduğum değerli hocam Prof.Dr. Mustafa MAZLUM'a, teşekkürlerimi bu vesileyle belirtmek isterim. Her daim desteğini gördüğüm ve örnek aldığım hocalarımdan olan Sayın Prof.Dr. Mehmet İsmail YAĞCI Hocama; çalışmamı tamamlamam konusunda beni sürekli teşvik eden ve destekleyen değerli yüksek lisans tez danışmamın, sayın Prof.Dr. Süleyman TÜRKEL hocama teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca, mezunu ve çalışanı olmaktan her zaman büyük onur ve gurur duyduğum Çağ Üniversitesi'nin başta Prof.Dr. Yener GÜLMEZ hocam olmak üzere, tüm akademik ve idari personeline bu süreçte bana sağladıkları destek, yardım ve katkılar için teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmaya en büyük destek T.C. Sağlık Bakanlığından gelmiş olup, Adana il sağlık müdürlüğü aracılığıyla gerekli izinlerin ivedilikle verilmesi hususunda göstermiş oldukları çabaya bu vesileyle tekrar teşekkürlerimi sunarım. Bu doktora tez çalışmasının Adana için önemli olduğunu ve çalışmanın belirlenen zamanda yetişmesi için bürokrasi engellerinin çözülmesine destek olan Adana İl Sağlık Müdürü Sayın Dr. Aytekin KEMİK beyefendi ve onun nezdinde bana her zaman yardımcı olan Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nün tüm çalışanlarına içtenlikle teşekkürlerimi sunarım. Yine çalışmanın saha araştırması öncesinde ve sonrasında görüşme yaptığım ve desteklerini yardımlarını



hep gördüğüm değerli doktorlarımız Başkent Üniversite Hastanesi Müdürü sayın Dr. Murat YURTCAN'a, Prof.Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi Başhekimi Op. Dr. Musa İNAL ve özellikle Kalite Birim Sorumlusu Syn. Asuman KILYUMAK'a, Numune Hastanesi Başhekim Yardımcısı Dr. Ali Ardıç'a ve tüm hastane personeline, Özel Adana Hastanesi Genel müdürü Sayın Şule ÖZÜLKÜ Hanımefendiye, BSK Metropark Hastanesi İnsan Kayn. Müdürü (eski) Sayın Ebru TOPRAK Hanımefendiye, tüm destekleri için çok teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca Acıbadem Adana Hastanesi Genel Direktörü Sayın Hüseyin ÇELİK beyefendiye tüm destek ve yardımları için teşekkürlerimi bu vesileyle belirtmek isterim.

17 yıldır her türlü sıkıntımı, stresimi, üzüntümü paylaşıp bu süreçte hep yanımda olan ve bana moral veren değerli dostum ve kardeşim Lerzan Gürüz, iyi ki yanımdasın.; Yedi yıldır hayatımın en önemli insanlarından ikisi olan her anımı paylaştığım, okulda başlayan ama birbirlerimiz hayattarının vazgeçilmezleri olduğumuz, değerli dostlarım Murat GÜLMEZ ve Gökhan SÖKMEN, tüm destekleriniz için çok teşekkürler. Değerli arkadaşım İlknur ÖZTÜRK, hep bir abla şefkatiyle bana katlandın, dostluğun ve desteğin için çok teşekkürler. Ayrıca doktora programı yolculuğumuzda destek ve katkısını hiçbir zaman esirgemeyen Değerli Hocam Dr. Mehmet Ali Burak NAKİBOĞLU ve dostlarım Deniz ÖZYÖRÜK, Arş. Gör. Hatice Doğan SÜDAŞ ile Leyla KARAÖMERLİOĞLU'na teşekkürlerimi bu vesileyle belirtmek İsterim.

Tez çalışmamın son dokuz aylık sürecinde hayatıma giren ve bu sürece keyif ve sevgi katarak destek olan tüm "ÖZELTÜRKAY" ailesine ve Beyaz'a teşekkürlerimi sunarım. Altı yıllık doktora programı ve tez çalışması süresince bana ve çalışmama maddi ve manevi yardımı ve katkısı olan ve ismini buraya sığdıramadığım, değerli hocalarım ve arkadaşlarım tüm desteklerinize çok teşekkürler.

En zor teşekkürü insan ailesine yaparmış. Değerli annem ve babam, en büyük kahır siz çektiniz, benimle uykusuz kaldınız, strese girdiniz, üzüldünüz, yinede bu yolda bu basamağın benim hayatımdaki en önemli kilometre taşı olacağına olan inancınızla, beni maddi manevi hiç yalnız bırakmadınız, üzmediniz ve evde bir misafir gibi el üstünde tuttunuz. Ben çok şanslıyım ki sizin kızınızım. Hem kişilik olarak, hem akademik kariyerdeki duruşlarında örnek aldığım ablalarım, enişterim ve sevgili yeğenlerim; biz birlikte büyük bir aileyiz (YAŞA, KAFKAS ve ÖZTÜRK).

Son teşekkürüm durduğum nokta itibariyle benim için en özeli ve en önemlisi. Hayatımın bu akademik süreçte yön bulmasına en büyük katkıyı ve desteği, şüphesiz, 1997 yılında Çağ Üniversitesi'ni bölgeye kazandırarak yapan ve benim gibi birçok

bölge çocuğuna ışık olan değerli büyüğüm, Rahmetli Yaşar BAYBOĞAN Beyefendi yapmıştır. Başkanım, kurduğunuz eser 16. Yılımı gururla kutlarken, ben on beş yıla şahit bir ÇAĞ'lı olarak sizi şükran, minnet ve rahmetle anıyorum.

Bu tez Çukurova Üniversitesi Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiş olup, proje numarası İİBF2011D4tür.

Eda YAŞA  
Haziran 2012, Adana

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>ÖNSÖZ</b> .....	v
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	ix
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	xiv
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	xv
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	xvii
<b>EKLER LİSTESİ</b> .....	xviii

### BÖLÜM I

#### GİRİŞ

1.1. Problemin Tespiti.....	5
1.2. Çalışmanın Amacı.....	6
1.3. Çalışmanın Önemi ve Literatüre Katkısı .....	7
1.4. Önceki Çalışmalar ve Temel Kavramlar .....	9
1.4.1. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar.....	10
1.4.2. Dünya’da Yapılan Önceki Çalışmalar .....	14
1.4.3. Tanımlar.....	17

### BÖLÜM II

#### SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI

2.1. Sağlık Hizmeti Tanımı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	20
2.1. 1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramı .....	20
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	22
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	25
2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim ve Örgütlenme Süreci .....	29
2.2.1. 1920 yılı öncesi ve Osmanlı Döneminde Sağlık Politikası .....	29

2.2.2. 1920-1938 Yılları Arasındaki Gelişmeler .....	30
2.2.3. 1938-1960 Yılları Arasındaki Gelişmeler .....	31
2.2.4. 1961-1980 Yılları Arasındaki Gelişmeler .....	31
2.2.5. 1980 -2000 Yılları Arasındaki Gelişmeler .....	32
2.2.6. 2000 Yılı Sonrası Gelişmeler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı .....	33
2.2.6.1.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) Temel İlkeleri ve Temel Bileşenler .....	36
2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Sağlayan Kurumlarının Sınıflandırılması .....	40
2.3.1. Hastanelerin Tanımı.....	42
2.3.2. Hastanelerin Özellikleri ve İşlevleri .....	43
2.3.3. Hastanelerin Sınıflandırılması .....	43

### **BÖLÜM III**

#### **SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE BAĞLILIK İLİŞKİSİ**

3.1. Kalite Kavramı ve Hizmet Kalitesi.....	50
3.1.1.Kalite ve Hizmet Kalitesi.....	50
3.1.2 Kalitenin Boyutları ve Bileşenleri.....	53
3.1.2.1. Kalitenin Boyutları.....	53
3.1.2.2 Kalite Bileşenleri.....	55
3.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite .....	56
3.2.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları .....	59
3.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Kalite Ölçüm Modelleri.....	62
3.2.2.1. Algılanan Hizmet Kalitesi (GRÖNROOS) Modeli.....	63
3.2.2.2. SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli .....	65
3.2.2.3.SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli.....	70
3.2.3.4.Kritik Olaylar Tekniği.....	72
3.2.3.Sağlık Hizmeti Kalitesini Etkileyen Unsurlar.....	74
3.2.3.1. Hizmeti Satın Alanları Etkileyen Unsurlar.....	75
3.2.3.2. Hizmeti Sağlayan Personeli Etkileyen Unsurlar.....	77
3.2.3.3. Hizmeti Alan ve Vereni Birlikte Etkileyen Unsurlar (Çevresel ya da	

Kurumsal Faktörler).....	78
3.3.Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Memnuniyetiyle İlgili Geliştirilen Kuramlar..	78
3.3.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı.....	78
3.3.2. Müşteri Memnuniyeti Oluşumuna Yönelik Kuramsal Tartışmalar.....	79
3.4 Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Memnuniyetine Etki Eden	
UNSURLAR.....	84
3.4.1. Sağlık Sektöründe Müşteri.....	85
3.4.2. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti .....	87
3.4.3. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Unsurlar.....	88
3.5.Bağlılık Kavramı ve Sağlık Sektöründe Müşteri Bağlılığı.....	92
3.5.1. Bağlılık Kavramı.....	92
3.5.2. Sağlık Sektöründe Müşteri Bağlılığı.....	94

## BÖLÜM IV

### YÖNTEM

4.1. Nitel Araştırma Kapsamında İzlenen Yöntem.....	97
4.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri.....	99
4.2.1. Araştırma Modeli.....	99
4.2.2. Araştırma Hipotezleri.....	101
4.3. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklem Seçimi.....	105
4.4. Araştırmanın Kısıtları.....	106
4.5. Veri Toplama Yöntemi.....	107
4.5.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler.....	107
4.5.2. Veri Toplama Yöntemi ve Ön Testler .....	110
4.5.3. Güvenilirlik Analizi.....	111
4.5.4. Analiz Yöntemleri.....	111

## BÖLÜM V

### BULGULAR

5. 1. Nitel Bulgular.....	112
5.1.1.Türkiye’deki Sağlık Hizmeti Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin Bulgular.....	113
5.1.2.Amerika’daki Sağlık Hizmeti Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin Bulgular.....	114
5.1.3. Türkiye’deki Sağlık Hizmeti Kalite Boyutlarına İlişkin Bulgular.....	115
5.1.4. Amerika’daki Sağlık Hizmeti Kalite Boyutlarına İlişkin Bulgular.....	115
5.2. Nicel Bulgular.....	117
5.2.1. Tanımlayıcı Bilgiler ve Bulgular.....	117
5.2.1.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımları	118
5.2.1.2. Çalışmaya Katılan Hastaların Hastanede Kalış Süresince Yaşadıkları Deneyimlerine İlişkin Temel Bulgular.....	121
5.2.1.3. Hastaların, Tedavileri Süresince Hastaneyle İlgili Genel Görüşlerinin Dağılımı.....	125
5.2.2. Faktör Analizi ve Revize Edilmiş Çalışma Modeli.....	128
5.2.2.1. Faktör Analizi ve Sonuçları.....	128
5.2.2.2. Yapılandırılmış Araştırma Modeli.....	134
5.2.3. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri.....	136
5.2.4.Hipotez Testleri ve Sonuçları.....	137
5.2.4.1.Hastane Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutlarındaki Farklılıklar.....	138
5.2.4.2.Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları, Memnuniyet ve Bağlılık İlişkisiyle İlgili Analizler.....	145
5.2.4.2.1.Basit ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi.....	146
5.2.4.2.2. Lojistik Regresyon Analizi ve Sonuçlar.....	151

**BÖLÜM VI****SONUÇ VE ÖNERİLER**

6.1. Sonuçlar.....	161
6.2. Gelecekteki Çalışmalara İlişkin Öneriler. ....	165
6.3. Sağlık Kurumlarına Öneriler .....	166
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>168</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>192</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>210</b>

**KISALTMALAR LİSTESİ**

- SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu  
SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu  
SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı  
ABD : Amerika Birleşik Devletleri  
SB : Sağlık Bakanlığı  
TKY : Toplam Kalite Yönetimi  
JCI : Joint Commission International  
JCAH : Joint Commission on Accreditations of Hospitals  
AMA : American Medical Association



## TABLOLAR LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
Tablo 1: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi.....	22
Tablo 2: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar,.....	41
Tablo 3: Türkiye’de Mülkiyet Durumlarına (Türlerine Göre) Hastanelerin Sayısal Dağılımı.....	45
Tablo 4: Türkiye’deki Hastanelerin Büyüklüklerine (Yatak Sayılarına) Göre Dağılımı.....	46
Tablo 5: Türkiye’de Hizmet Veren Üniversite, Kamu ve Özel Hastanelerin Verdikleri Hizmetler ve Hizmet Verimliliklerine Göre Dağılımı.....	47
Tablo 6: Türkiye’de Yıllara ve Türlerine Göre Hasta Yatak Sayısı.....	48
Tablo 7: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı.....	48
Tablo 8: 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, Tüm Bölgeler.....	49
Tablo 9: Sağlık Sektöründe Kullanılan Hizmet Kalitesi Boyutlarıyla İlgili Yapılmış Bazı Çalışmalar.....	61
Tablo 10: SERVQUAL Hizmet Kalitesi Boyutları.....	68
Tablo 11: Sağlık Kurumlarının İç ve Dış Müşterileri.....	85
Tablo 12: Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmış Bazı Tatmin ve Bağlılık Çalışmaları	102
Tablo 13: Çalışmaya Katılan Hasta Sayılarının Hastane Türlerine Göre Dağılımı.....	118
Tablo 14: Demografik Özellikler-I .....	118
Tablo 15: Demografik Özellikler –II .....	120
Tablo 16: Deneyimlere İlişkin Temel Bulgular I .....	122
Tablo 17: Deneyimlere İlişkin Temel Bulgular II.....	123
Tablo 18: Hastane Türlerine Göre Tedavi Görülen Hastaneyi Tercih Nedenleri Dağılımı.....	122
Tablo 19: Hastaların, Hastaneyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	124
Tablo 20: Faktör Analizi Sonuçları.....	129
Tablo 21: Algılanan Hizmet Kalitesi Faktörlerinin Güvenilirliği.....	137
Tablo 22: Hastane Türlerine Göre Belirlenen Değişkenler Arası Farklılıklar.....	139
Tablo 23: Varyans Analizi Sonuçları.....	140
Tablo 24: Post Hoc Testleri (Tamhane’s T2).....	141
Tablo 25: Hastane Türlerine Göre Genel Memnuniyet Düzeyine İlişkin Regresyon	

	Analizi .....	148
Tablo 26:	Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları (Devlet Hastanesi).....	153
Tablo 27:	Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi .....	153
Tablo 28:	Lojistik Regresyon Sonuçları (Devlet Hastanesi).....	154
Tablo 29:	Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları (Özel Hastane).....	154
Tablo 30:	Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi .....	155
Tablo 31:	Lojistik Regresyon Sonuçları (Özel Hastane).....	155
Tablo 32:	Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları (Üniversite Hastanesi)..	156
Tablo 33:	Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi .....	156
Tablo 34:	Lojistik Regresyon Sonuçları (Üniversite Hastanesi).....	156
Tablo 35:	Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları.....	157
Tablo 36:	Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi .....	159
Tablo 37:	Lojistik Regresyon Sonuçları.....	159

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

	<b>Sayfa</b>
Şekil.1: Bütüncül Sağlık Hizmetleri Sunan Kurumlar.....	28
Şekil 2: Kalite Bileşenleri.....	55
Şekil 3: Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli.....	64
Şekil 4: Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli.....	67
Şekil 5: ACSI Memnuniyet Modeli .....	83
Şekil 6: Araştırma Modeli .....	100
Şekil 7: Yapılandırılmış Araştırma Modeli .....	135

**EKLER LİSTESİ**

	<b>Sayfa</b>
Ek.1. Görüşme Formu.....	192
Ek.2. Anket Formu.....	193
Ek.3. Yakın Tarihte Yapılan Reformlarla İlgili Derleme-I-II (2003-2005; 2006-2008-yılları arası (Tablo 2.1-Tablo 2.2.).....	198
Ek.4. Hizmet Kalitesiyle İlgili Olan İfadelerle İlgili İstatistikî Değerlendirmeler.....	201
Ek.5. Levene Homojenlik Testi.....	206
Ek.6. Sağlık Bakanlığı ve Adana İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazıları.....	207

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ

Son yıllarda kamu ya da özel sektörde yer alan neredeyse tüm kurumlar varoluş amaçlarını “hizmet vermek; halka, tüketiciye hizmet etmek” biçiminde ifade ederek kendilerini birer hizmet örgütü olarak konumlandırmayı tercih etmektedir (Örs, 2007, s.3). Bu bağlamda sürekli artan rekabet ortamında da işletmeler rakipleri arasından kendilerinin tercih edilen olması için çeşitli arayışlar içerisinde bulunmaktadır. Günümüz yoğun rekabet ortamı içerisinde yer almaya çalışan her girişimci çok hızlı bir şekilde müşteri merkezli pazar yapısı içerisinde yer edinme ve devam etme yarışındadır (Kim vd., 2008, s. 1155). Hizmet sektöründe hizmet kalitesi ve müşteri tatmini, rekabette iki önemli kavram olarak yer almaktadır. Hizmetlerin, kendilerine özgü özellikleri ve müşteri algılamalarının karmaşıklığı nedeniyle tanımlanması ve ölçülmesi daha zordur ancak hizmet kalitesinin geliştirilebilmesi için de ölçülmesi şarttır. Üretim sürecinde hizmeti satın alan müşterinin yer alması, müşteri memnuniyetini sağlamada kalitenin önemini arttırmaktadır.

1960’lı yılların sonlarına doğru hizmet pazarlaması konusunda doktora çalışması yapmak isteyen Amerikalı bir öğrenciye danışmanı tarafından verilen cevap şu şekildeydi: “Hizmetlerin pazarlanması diye bir şey yoktur!” O yıllarda hizmetler hakkında çok az ya da sınırlı sayıda çalışmaların olması ve özellikle mal ve üretim konularına yönelik çalışmaların öne çıkması bu cevabı desteklemekteydi (Gummesson, 2007, s.3). 1960 yılında Amerikan Pazarlama Derneği (AMA), “satışa sunulan mamullere bağlı olarak veya olmayarak önerilen faaliyetler, faydalar ve memnuniyetler” olarak hizmet pazarlamasını geniş bir içerikle ifade etmiştir (Cowel, 1988; Örs, 2007 s.5). Bu tanımlamadan sonra birçok araştırmacı hizmet tanımı ve pazarlaması yönünde çalışmalara ağırlık vermiştir. Günümüzde, pazarlama bilim dalının en önemli alt disiplinlerinden biri haline gelen hizmet pazarlaması kavramı, 1970’li yıllar itibariyle daha da öne çıkmıştır (Gummesson, 2007, s.2). Hizmetlerin ayrı bir ürün grubu olarak pazarlanabilmesi ile ilgili olarak özellikle 70’li ve 80’li yıllarda hararetli tartışmalar olmuştur (Ennew ve Judy, 2006, s.263). Hizmet pazarlamasını yeni bir pazarlama düzeni olarak tanımlayanlar arasında Shostack (1977,1981,1984,1985), 1983 yılında Amerika’da yaptıkları çalışmalarla Parasuraman, Berry ve Zeithaml ve Berry vd, (1985) yer almışlardır. Shostack (1977)’in mağaza içerisinde müşterileri birden fazla konumda

izleyerek yapmış olduğu çalışmasına göre, tüketici tarafından alınan hizmetin etkin olarak değerlendirilmesinde müşterinin alışveriş deneyiminde arzuladığı değere ulaşması stratejik bir yere sahip iken mağaza atmosferi, estetiği gibi birçok somut ipuçları da bu değeri arttırmaktadır. Bu konudaki önceki çalışmalar bu ipuçlarının hizmet sektöründe faaliyet gösteren, oteller, restoranlar, bankalar ve alışveriş merkezleri gibi hizmet şirketleri açısından daha da önemli olduğu yönündedir (Newman vd.,2006,s 4). 1980’li yılların başında hizmet firmalarının yeterli düzeyde pazarlama odaklı olmamaları hususunu öne çıkartan ve bu alana katkılar sağlayan Parasuraman, Berry ve Zeithaml’dır (Parasuraman vd,1983; Berry vd, 1985). Özellikle müşterilere sunulan hizmetin kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar yapan Parasuraman ve arkadaşları, günümüzde faaliyet gösteren hizmet firmalarının kalite çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Bu uygulamalara paralel olarak Grönroos (1978 ve 1982) ve Gummesson (1978) tarafından yapılan çalışmalarla, Kuzey Avrupa’lı bilimcilerin de artık hizmet pazarlaması ile ilgili olarak yeni tanımlamalar ürettikleri görülmüştür (Enwey ve Judy, 2006, s.263). Bessom ve Jackson (1975, s.77-78), “*Hizmet pazarlaması: Stratejik bir yaklaşım*” adlı çalışmalarında hizmet üretimi ve satışında tüketiciyi de dikkate alarak yaptıkları tanımda, hizmeti tüketicinin tek başına yapamayacağı ve yapmayı tercih etmeyeceği fayda ve memnuniyeti sağlayan, faaliyetler olarak ifade etmişlerdir. Stanton (1984, s.494), ise hizmeti “arzu ve memnuniyet sağlayan, satılık mal veya diğer bir hizmete bağlı olmaksızın tek başına tanımlanabilen, özünde dokunulamaz faaliyetler olarak belirtmiştir. Stanton tarafından yapılan tanıma destek verdiğini ifade eden Grönroos (1990), ayrıca hizmet üretimi süresince müşterinin sürece dâhil olması nedeniyle ilişki halinde olunduğu hizmet araçları ve hizmet personelinin de dikkate alınmasının gerekliliği üzerinde durmuştur. Tüketicilerin hayatlarında artık önemli bir değere sahip olan hizmetlerin pazarlanmasının önem arz eden konular arasında olduğu dikkat çekmekte olup, çok temel bir ifadeyle toplumlar değiştikçe, insanlar zenginleştikçe ve refah düzeyleri yükseldikçe, hizmetlere olan ihtiyaç ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2007, s.14). Bunlara ek olarak ayrıca hizmet sektöründeki büyüme tetikleyen başlıca nedenler arasında insanların daha fazla boş zamanının olması, işgücündeki kadın oranındaki artışlar, yaşam beklentilerindeki artışlar, ürünlerin daha karmaşık olması, ekoloji ve kaynak kıtlığına verilen önemin artması, gibi nedenler de sıralanabilmektedir (a.g.e). Araştırmacılara göre, müşteriler fiyat veya fiziksel ürün problemlerine oranla, algıladıkları hizmet problemlerinden dolayı, tedarikçilerini beş kez daha fazla değiştirmektedirler. Dolayısıyla mal kalitesi,

yeni müşteri elde etmek için daha önemli iken, hizmet kalitesi müşterileri elde tutabilmek açısından gerekli bir koşuldur (Örs, 2007, s.5). Sektör açısından değerlendirildiğinde, ekonomiler içerisinde hizmet sektörünün önemi Türkiye’de de dünyada olduğu gibi giderek artmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerin, GSMH hesaplarında üçte ikilik bir bölümü hizmet sektörü kapsamaktadır. Son yirmi yıllık süreç incelendiğinde hizmet sektörünün Gayri Safi Milli Hâsıla (GSMH) ve istihdama olan katkılarının önemli ölçüde yükseldiği görülmektedir. Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri hizmet sektörünün büyüklüğü ile doğru orantılı olarak hesaplanmaktadır. Ancak istatistikler değerlendirildiğinde üretim sektöründeki verimlilik artışlarının hizmet sektörü için yakalanmadığı hatta hizmet sektöründe verimlilik artışı olmadığı ortaya çıkmaktadır. Türkiye açısından incelendiğinde 2007 yılı itibariyle hizmet sektörünün GSMH içindeki payı %77, istihdamdaki payı ise % 46 civarındadır (Öztürk, 2007, s.12-13). Türkiye’de istihdam açısından en fazla çalışanın olduğu alan hizmet sektörüdür. 2008 yılı Mart ayı TÜİK rakamlarına göre istihdam edilmiş olan toplam 20.752.000 kişiden 10.258.000’i, yani istihdamdaki nüfusun % 49,4’ü hizmet sektöründe çalışmaktadır (TÜİK, 2008). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri vatandaşlarına sunmuş olduğu hizmetlerin çeşitliliği ve kalitesi ile belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin içeriği ve kalitesi de gelişmişlik düzeyinin belirleyicilerindedir. Sağlık sektörü, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsamaktadır (Filiz, 2010, s.16). Günümüzde sosyal refah anlayışını benimseyen devletler, temel insan hakkı olan sağlık hizmetlerini tüm topluma etkin, verimli ve yeterli bir düzeyde sunmak ya da gerekli tedbirleri almakla yükümlü görülmektedir. Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması ve ekonomik açıdan büyümesinin sürekli kılınması sağlıklı bir topluma sahip olma ile bağlantılıdır. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulmasını gerektirmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar, sağlık harcamaları adı altında toplanmaktadır. Küreselleşmenin ve buna bağlı olarak özelleştirmenin daha fazla insan hayatına girdiği bu dönemde, toplumsal gereksinimlerin değişmesi, örgütlerin ürettiği hizmetlerin herhangi bir özelliğinin, ya da tümüyle kendisinin değişmesini gerektirebilmektedir. Günümüzde her alanda görülen bu hızlı değişim, sağlık hizmeti sunan kurumları da etkilemektedir. Her işletmede olduğu gibi sağlık işletmelerinin de rekabet avantajını yakalamalarında ve hatta ayakta kalabilmelerinde etkili unsurların başında sundukları hizmetin kalitesi gelmektedir. Sağlık hizmetinin kendine has bazı özellikleri bulunmaktadır. Bunlar içerisinde

toplumsal nitelikli oluşu, talebinin belirsiz, riskinin büyük olması ve uzman bilgisine dayalı olması sayılabilir. Bu özelliklerinin yanı sıra tüketicisinin ürün ve hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olamama, hizmetin sağlayacağı faydayı ve kaliteyi ölçememe ve ikamesinin mümkün olmaması gibi özelliklere sahip olduğu da bilinmektedir (Aslan vd., 2008, s.26). Genel anlamda insanın iyilik hali olarak tanımlanan sağlık kavramı ülkelerin sürdürülebilirlikleriyle de yakından ilişkilidir. Avrupa’da endüstriyel devrim sonucu, ekonomik gelişmeyle birlikte sağlık statüsü de iyileştiği için, sağlık statüsü sosyo-ekonomik gelişmenin otomatik olarak bir sonucu olarak görülmektedir (Çelik,2006, s.24). Ekonomik gelişmenin bir aracı olarak kabul edilmekte olan sağlık hizmetlerinin gelişmesi hem ülke içinden hem de uluslararası kaynaklardan ayrılan fonların artmasına neden olmakta, buda ekonomik gelişmeyi beraberinde getirmektedir (Jacob ve Abel 2002). Küreselleşmenin etkisiyle daha çok hissedilen sert rekabet koşulları sanayi işletmelerinde olduğu kadar sayıları ve ülke ekonomisi içerisindeki önemi giderek artan sağlık işletmeleri açısından da zorluklar getirmektedir. İşletmenin başarısı için hayati önem taşıyan, ulusal verimi ve toplumsal refahı artırma çabasının bir parçası olarak tanımlanabilen pazarlamanın bu etkinlikteki rolü tartışılmaz boyuttadır. Sağlık hizmeti pazarlaması kavramını Robinson ve Wihittington 1979 (s.39-54) yılında yapmış oldukları bir çalışmada “sağlık hizmetleri, tüketicilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi ve hastaların bu hizmetleri kullanmaya teşvik edilmesi” şeklinde tanımlamışlardır. Sağlık hizmetleri sektörünün Türkiye’de önemli bir yapısal değişim süreci içerisinde olması dolayısıyla sağlık işletmelerinin yöneticilerinin etkin pazarlama ilkelerine daha da önem vermeleri gerekmektedir. Özellikle son yıllarda özel hastane sayılarında yaşanan artışlar sağlık hizmeti pazarlaması kavramını ve iyi pazarlamaya etki eden faktörlerin öğrenilmesini zorunlu kılmaktadır. Önceleri sağlık güvencesine göre hastaların gidebileceği hastaneler sınırlı iken, sağlık sisteminde son yıllarda yapılan reformlarla birlikte, hastaların hastane ve doktor tercihi yapabilmesine imkân tanınmıştır (Erdem vd., 2008, s.96). Özel hastanelerin sayısal artışı hastaneler arasında bir rekabetin ortaya çıkmasına yol açmış olup özellikle hizmet kalitesi, hizmet sunumu ve hizmet fiyatlandırılması konularında pazarlama stratejilerinin önemi daha da belirginleşmiştir. İyi pazarlamanın öğrenilmesine etki eden temel faktörleri, aşırı uzmanlaşma ve hızlı teknolojik gelişmeler, artan maliyet baskıları, fon sağlamanın giderek zorlaşması, sağlık kuruluşlarının sayısında görülen artışlar ve hizmet dublikasyonları, oluşan atıl kapasiteler, rekabetin yoğunlaşması, yeni yasal



düzenlemeler, değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi, tüketicilerin giderek bilinçlenmesi ve tüketici tatminsizlikleri olarak sıralamak mümkündür (Tengillimioğlu vd., 2009, s.209-210).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu değişim ve gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinde sunulan kalite giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada, mülkiyetlerine göre sağlık hizmeti sağlayıcısı olan kurumlardan yatarak tedavi hizmeti almayı tercih eden hastaların kalite algılarında rol oynayan faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır. Ayrıca çalışmayla, sunulan hizmet kalitesinin müşteri tarafından nasıl algılandığının yanı sıra, gerçekleşen performanstan hastanın duyduğu memnuniyetin hastanın, hastaneyi tekrar tercihine etkisi ölçülmeye çalışılmıştır.

### **1.1. Problemin Tespiti**

Bir ülkenin sosyoekonomik gelişmişlik seviyesi büyük oranda o ülkenin sağlık ve eğitim gibi alanlardaki temel göstergelerine bağlıdır. Hem sağlıklı insanların oluşturduğu mutlu bir toplumda yaşamak, hem de somut kalkınma hedeflerini gerçekleştirebilmek için sağlıklı ve iyi eğitilmiş bireylere sahip olmak şarttır (Ceyhan, 2007, s.11). Sağlık hizmetlerinde 1980’li yıllar itibariyle ortaya çıkan ve günümüzde de devam eden yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini desteklemektedir (Işık, 2011, s.38). Bu yapılanmayla birlikte sağlık kurumları, gittikçe rekabetin daha yoğun yaşandığı bir ortamda hizmet sunmaya başlamışlardır. Uzun zamandır devam eden “hizmetlerin, insanlar için uygun hale getirilmesi gerekirken, insanların hizmetler için uygun hale getirilmesi” (Wisniewski ve Wisniewski, 2005, s.18) anlayışından vazgeçilmelidir. Hastalara sunulan hizmetin daha iyi olması kavramı ile hizmet odaklılık kavramları ayrılmaz parça olarak görülmekle birlikte kaliteli bir hizmet sunumu için hastane yöneticilerinin tedavi gören hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve algılarını ortaya çıkarmaları gerekmektedir (Işık, 2011, s.39). Bu bağlamda, çevresel baskılara yanıt vermek, rekabette üstünlük sağlamak, önemli değişimleri başarmak, maliyetleri aşağı çekmek ve verimliliği artırmak için performans değerleme ve kalite geliştirme çalışmalarının önemi gün geçtikçe artmaktadır (Işık, 2011, s.39).

Yapılan önceki çalışmalar ve derlenen bilgiler çerçevesinde tez çalışmasının temel problemi: *Mülkiyetlerine göre sağlık hizmeti sağlayıcısı olan kurumlardan yatarak tedavi hizmeti almayı tercih eden hastaların, kalite algularında, memnuniyetlerinde ve hastaneyi tekrar ziyaretlerinde etkili olan faktörlerin neler olduğu ve tercih kararlarındaki etkileme düzeylerinin ne düzeyde etkili olduğudur.* Problemin tespitinden sonra çalışmanın amacı doğrultusunda Türkiye ve dünya’da sağlık sektörüyle ilgili geliştirilen teoriler, modeller ve kavramlar önceki çalışmalar ışığında incelenmiştir.

## **1.2. Çalışmanın Amacı**

Bu tez çalışması ile sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinden yatarak tedavi hizmeti alan hastaların almış oldukları hizmetin kalitesinin memnuniyet düzeylerine ve hastaneye olan bağlılıklarındaki etkisi gitmiş oldukları hastane türüne göre ölçülmeye çalışılmıştır. Müşteri tatminini sağlamak için gerekli unsurların neler olduğu; ne düzeyde önemli oldukları ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Ayrıca uygulamanın devlet, özel ve üniversite hastanelerini kapsamış olması hizmet kalitelerinin hastane türlerine göre karşılaştırılmasına olanak sağlamıştır. Belirtilen temel amacın yanı sıra bu çalışmanın araştırılacak olan beş alt amacı da aşağıda belirtilmiştir:

- Adana ilinde sağlık hizmeti veren hastane türlerine (özel, devlet, üniversite) göre hasta memnuniyetlerinin ölçülmesi,
- Hizmet alınacak kurumun tercihinde müşterilerin öncelikli olarak üzerinde durdukları kriterleri belirlemek,
- Algılanan hizmet kalitesini oluşturan boyutlar ile hasta memnuniyeti ilişkisinde hastane türlerine göre bir farklılık olup olmama durumlarının belirlenmesi,
- Algılanan hizmet kalitesinin müşteri (hasta) bağlılığına etkisinin olup olmadığını belirlemek,

- Elde edilen sonuçları önceki çalışmalarla karşılaştırarak değerlendirmeler yapma,
- Hastanelerde sunulan hizmetin kalitesini yükseltmeye yönelik öneriler sunmak amaçlanmaktadır.

### **1.3.Çalışmanın Önemi ve Literatüre Katkısı**

Hizmet talebinde bulunan müşteriler; (i) talep ettikleri hizmetin anında ve mümkün olan en düşük maliyetle temin edilmesini, (ii) hizmetin sunumu için beklenen sürenin hatta hiç olmamasını, (iii) kendilerine hizmet sunumunu gerçekleştirenlerin nazik ve kibar davranmalarını, (iv) özel ve önemli olduklarını hissettirmelerini, (v) hizmet sunumu sırasında ortaya çıkabilecek hata ya da olumsuzluklara anında çözüm bulunabilmesini ve tüm bunlarla birlikte (vi) kusursuz hizmet almayı istemektedirler (Gürbüz vd., 2008, s.785). Küreselleşmenin de etkisiyle daha hızlı olarak yaşanan değişim ve gelişimlerden tüm işletmeler ve tüketiciler yoğun olarak etkilenmektedir. Özellikle bireyler artık sağlıklarına daha fazla önem vermekte olup, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteği arayışları da yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayan kurumların başında gelen hastanelerin, hem kendileri hem de müşterileri için en iyiyi, en kaliteliyi bulma arayışı içine girmeleri ve bunu sürekli kılmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde son yıllarda yapılan reformlar ışığında artık hastalar, doktor ve hastane seçme hakkını elde etmiş olup, sadece kamuya bağlı olan değil, istedikleri hastanelerden standartlaştırılan fark ücretlerini ödeyerek hizmet alabilmektedirler. Bu doğrultuda sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin müşteriler tarafından nasıl algılandığının somut olarak tespiti giderek daha fazla önem arz etmektedir. Türkiye’de yerli ve yabancı sermayeli olarak faaliyet gösteren özel hastanelerin sayılarının son yıllarda giderek artması sonucu sağlık sektöründe yoğun bir rekabetin yaşandığı görülmektedir. Özel hastanelerin sayıları artarken kamu hastaneleri de, çeşitli kalite belgeleri alarak sundukları sağlık hizmetlerinin kalitesiyle bu yarışın içinde yer aldıklarını göstermektedirler. Bireylerin, sağlık hizmeti ihtiyacı hissettiklerinde ilgili kuruluşlar arasında daha seçici davranmaları, sağlık kuruluşları arasındaki rekabetin gündeme gelmesine sebep olmaktadır (Mohammad, 2007, s.i). Bu rekabete neden olan faktörlerden bir diğeri de sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayılarının giderek artması ve teknolojinin hızla gelişmesidir.

Sağlık sektörü açısından incelendiğinde hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaya yönelik çalışmaların özellikle 2000’li yıllardan sonra ortaya çıkmaya başladığı ancak yeterli sayı ve düzeyde olmadığı görülmektedir. Ayrıca önceki çalışmalar ağırlıklı olarak belli bir hastane türünden elde edilen değerlere göre yorumlanmıştır. Hastane türlerine göre hizmet kalitesi karşılaştırmalarının yapıldığı çalışmaların ise az sayıda olması, devlet, özel ve üniversite hastanelerinden alınan hizmetlerin kalitesinin hasta memnuniyetine ne düzeyde etki ettiğinin karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bu çalışmanın önemini atırmaktadır. Ayrıca tez çalışma konusu araştırılırken Adana ve Mersin’de faaliyet gösteren bazı devlet ve özel hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerde bu konunun öneminin üzerinde hassasiyetle durulmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Öte yandan internet üzerinden yapılan araştırmalarda bu alanda Türkiye açısından çok fazla uygulamanın olmamasının bu anlamda bir boşluk oluşturduğu sonucunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın konuya olan genel ilgiyi artırma yönünde olumlu bir etkisinin olması beklenmektedir. 2008 yılında yapılan “Sağlıkta Reform Programı” (SRP) sonrasındaki uygulanan çalışmalardan biri niteliğinde olması reformun sonuçlarında hastaların memnuniyetlerini ortaya koyacak olması dolayısıyla da önemlidir. Ayrıca konu ile ilgili Türkiye’de yapılması muhtemel diğer araştırmalar için de bir kaynak oluşturabileceği düşünülmektedir.

Berkowitz (1996, s.11-12), sağlık hizmetleri pazarlamasının gelişimini ürün pazarlamasında olduğu gibi üretim, satış ve pazarlama odaklı olarak üç aşamada özetlemiştir: Üretim aşaması hizmet sunulan kliniklerin kalitesine odaklanmayı, satış aşaması yatak kapasitesinin doluluk oranına odaklanmayı, pazarlama aşaması ise sağlık hizmetleriyle ilgili olarak duyulan ihtiyaç ve gereksinimlerin farkına vararak onları karşılamayı temel almaktadır. Günümüze kadar olan süreçte sağlık hizmetleri denildiğinde sadece tedavi edici olan hizmetler anlaşılırdı. Artık, koruyucu ve tedavi edici nitelikleri dolayısıyla klasik sağlık hizmetleri yanında zayıflama kürleri, aerobik kursları, SPA’lar gibi insan sağlığına dolaylı veya dolaysız katkıda bulunan her türlü hizmette bu terim altında toplanmaktadır (Kaya, 2009). Tıpkı diğer hizmetlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de hastaya en iyi tıbbi bakımı veren ve onu diğer hizmetler (hizmetin hızı, ilgi ve nezaket, idari, teknik ve bürokratik kolaylıklar vb.) açısından memnun eden hastaneler daha çok hastanın ilgisini çekecektir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hasta bağlılığı, kalite yönetimi gibi konuların

ilerleyen yıllarda daha çok gündemde olacağı göz önüne alındığında, konunun literatüre katkısı aşikârdır.

#### **1.4. Önceki Çalışmalar ve Temel Kavramlar**

İmalat ya da hizmet endüstrilerinde yatırım getirilerini ve pazar paylarını arttırmada en önemli belirleyici faktör kalitedir (Babakus ve Mangold,1992, s.767). Hizmetlerde kalite düzeyinin yükseltilebilmesinde öncelik, müşterinin hizmet süreci içindeki yerinin ve çıktı üzerindeki etkisinin tam olarak kavranmasıyla başlamaktadır (Örs, 2007). 1990'lı yıllar itibariyle işletmeleri başarıya götüren/götürecek faktörler incelendiğinde en önemli iki boyuttan birinin müşterilere kaliteli ürün (mal veya hizmet) sunmak, diğerinin ise bu ürünlerden elde edilecek olan memnuniyet düzeyini en üst seviyeye çıkarmak olduğu görülmektedir (Yağcı ve Duman, 2006, s.219).

Ekonomiler içindeki payı giderek artan hizmet sektöründe kalite düzeyi, mallarda olduğu gibi somut olarak ölçülememektedir. Bununla birlikte belirli bir kalite düzeyini yakalamanın yanı sıra ulaşılan düzeyin devamlılığını sağlamada sıkıntılar ortaya çıkabilmektedir. Mevcut kalite düzeyinin bilinmesi ve iyileştirilmesi, ancak mevcut kalite düzeyinin ölçülmesiyle mümkün olacaktır. Hizmet kalitesinin ölçümü için en etkili yol, hizmeti satın alan tüketicilerin düşünce ve görüşlerinden yararlanmaktır. Hizmet kalitesi, hizmeti satın alan müşteri tarafından değerlendirilmeye çalışıldığında, mallardan farklı olarak çeşitli fiziksel özelliklerin incelenmesi yerine, hizmetin sunulduğu ortamın, kullanılan araç-gereçlerin ve personel davranışları gibi anında izlenen özelliklerin dikkate alınması gerekmektedir (Bircan ve Baycan, 2004, s.176). Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Kaliteli sağlık hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır (Aslantekin vd., 2005, s.68).

Konuyla ilgili literatürde yer alan önceki çalışmalar ve konu çerçevesinde faydalanılan tanımlar, bu bölümde yer almaktadır.

#### 1.4.1. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Her ne kadar Türkiye’de konu ile ilgili yapılan araştırmaların tarihleri çok eskiye dayanmıyor olsa da, özel hastanelerin ve polikliniklerin sayısındaki artışlar bu alana yönelik ilgi ve önemin artışıını doğrular nitelikte ve dikkat çekicidir. Örneğın özel hastanelerin sayısı 1980 yılında 80 civarında iken, bu sayı 2005 yılında 268’e 2011 yılında ise 490’a yükseldiğı gözlenmektedir(Çaha, 2007, s.57; [www.ohsad.com.tr](http://www.ohsad.com.tr), 14.08.2011). Özel sağıık hizmeti sunan kurumların yanında devlet kurumları da sunmuş oldukları hizmet kalitelerini yükseltmeye yönelik çeşitli faaliyetlerde bulunarak tercih edilen olma yarışında yer almayı sürdürmektedirler. Türkiye’de sağıık sektöründe hizmet kalitesini ölçmeye yönelik son yıllarda yapılan bazı lisansüstü tezler ve çalışmalar ve bunların sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Işık, (2011) tarafından yürütölen doktora tezinde tüketicilerin bakış açısıyla literatürde marka değeri boyutları olarak tanımlanan algılanan kalite, marka bağılılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımının, hastane marka değerine olan görece önem ve etki derecelerinin tespit edilmesi, özellikle de algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisi ortaya çıkarılmıştır.

Şenalp (2008) tarafından yürütölen doktora tezinde, Özel Sağıık Sigortalıların Sağıık Kuruluşu Seçiminde doğrudan ödeme sistemi incelenmiştir. Kamu sağıık kuruluşlarında da Doğrudan Ödeme Sisteminin uygulanmasının, özel sağıık sigortası şirketlerinin sigortalı kişi başına tedavi maliyetlerinin ve sigorta primlerinin mevcut duruma göre daha kabul edilebilir düzeylere gelmesini sağlayacağı, bunun da özel sağıık sigortası sektörünün gelişmesinde önemli rol oynayacağı sonucuna varılmıştır.

Tınmaz (2008) tarafından yürütölen yüksek lisans tezinde, Ankara’da hizmet sunan bir üniversite hastanesinde tedavi olan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler belirlenmiştir. Çalışma sonucuna göre, beklenti düzeyleri ile memnuniyet durumları arasındaki farkın en fazla sırasıyla; Doktorlar, Fiziki Çevre ve Hemşireler gruplarında olduğu görölmüştür. Buna karşın farkın en az olduğu gruplar ise sırasıyla; Radyoloji Hizmetleri ve Yönlendirme/ Bilgilendirme Hizmetleri’dir. Ayrıca, çalışma kapsamında, hasta beklenti düzeyleri ve memnuniyet durumları demografik özellikler bakımından karşılaştırılmış ve karşılaştırma sonucunda;

beklenti ve memnuniyet alt bölüm skorları bakımından cinsiyet, yaş ve eğitim grupları arasında fark olmadığı görülmüştür.

Duran (2007) tarafından yürütülen doktora tezinde, hastane kalite yönetimiyle hizmet kalitesi performansı arasındaki ilişkiyi deneysel olarak ölçmüştür. Çalışmada, hastane yönetiminde başarının merkezinde bulunan doğru ve istenilen anda (zamanında) ulaşılabilen bilginin yönetsel ve kliniksel kararlara temel oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

Direktör (2007) tarafından yürütülen yüksek lisans tezinde Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerde sunulan hizmet kalitesi SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği kullanılarak karşılaştırılmıştır. Sistemik olarak seçilen 692 hastanın değerlendirmeleri dikkate alınmıştır. Araştırmanın bulgularına göre algılanan ve beklen hizmet kalitesi değerlerine göre kamu ve özel hastaneler arasında boşluklar mevcuttur. Özel hastanelerde bu boşluklar kamu hastanelerine göre daha az olmakla birlikte özel hastanelerin devlet hastanelerinin sunmuş oldukları hizmete kıyasla daha kaliteli hizmet sundukları sonucuna varılmıştır.

Bir diğer yüksek lisans tezi Günel (2007) tarafından hazırlanmış olup, ayakta tedavi gören hastaların tatmini üzerinde önemli olan noktalar vurgulanmıştır. Tatmin puanlarına göre iyileştirme yapılması gereken sahalar arasında; tuvalet temizliği, bekleme salonundaki koltuk sayısı, laboratuvarlarda sıra bekleme süresi ve radyolojide sıra bekleme süresi gelmektedir. Ayrıca, toplam bekleme süresinin azaltılması ile hasta tatminin arttırılabileceği sonucuna da varılmıştır.

Özkara (2006) tarafından yürütülen yüksek lisans tezinde hastaların ikinci basamak hizmete yönelmelerinde memnuniyetin önemi belirlenmiş, birinci basamak kuruluşlarda, laboratuvar hizmetlerinin iyileştirilmesi, yine bu kuruluşlarda uzman doktor çalıştırılmasının memnuniyet üzerinde olumlu etki yaratacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu alanda Türkiye’de yapılan önemli diğer bilimsel çalışmalar arasında; Erdem ve arkadaşlarının (2008) Elazığ’da hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; hasta bağlılığının en fazla ilgi ve nezaket boyutundan etkilendiği bulunmuştur.

Yağcı ve Duman (2006) Mersin ilinde hastane türlerine göre hastaların kalite algılarını ve memnuniyet düzeylerini poliklinik hastaları üzerinde incelemiştir. Çalışmada kalite boyutları; muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması, tetkik hizmetleri ve fiziksel görünüm olarak bulunurken, en iyi hizmet sıralamasında hastane türleri açısından özel hastaneler birinci, üniversite hastaneleri ikinci ve devlet hastaneleri ise üçüncü sırada bulunmuştur.

Gezergün vd. (2006) hekimin teknik yeterliliği, hekime duyulan güven, hekimin davranış şekli, hekimin hastayı bilgilendirme düzeyi, hekimin kullandığı dil ve iletişim şeklini oluşturan hekimle ilgili genel izlenimin; hastaların yaşına, hekimin adını bilip bilmemelerine, görüşme süresine, genel sağlık durumlarına ve başvurdukları polikliniğe göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlara ek olarak cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyinin hekimlerle ilgili değerlendirmeler üzerinde anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çaha (2006) Türkiye'deki özel hastanelerin hizmet kalite düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada SERVQUAL ölçeği ile İstanbul'da 100 denek ile görüşme yapmıştır. Kamu hastanelerinin yetersiz işgücü ve yetersiz donanımla hizmet sunmalarının hastaların özel hastaneyi tercih etmelerinde önemli rol oynadığı sonucuna varılmıştır.

Zerenler ve Öğüt (2006)'ün araştırmasında, Konya ilinde faaliyet gösteren hastanelerin vermiş oldukları sağlık hizmetinin hastalar tarafından algılanan boyutları ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Altı özel ve dört kamu hastanesinde toplam 374 hasta ile anket formu doldurulmuştur. Doktorların kontrolleri, doktorlara güven duyma, doktorların saygı, nezaket ve anlayışları ve doktorlarla görüşme kolaylığının algılanan hizmet kalitesi açısından olumlu etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Engin ve Sevinç (2005) Konya'da üç devlet ve bir özel hastanede toplam 153 hasta ile yaptıkları çalışmada, hizmetin erişilebilirliği ve hizmetin sunulduğu ortamın hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Varinli ve Çakır (2004) Kayseri'de sağlık hizmeti sunan özel bir hastanede 185 poliklinik hastası ile poliklinik hizmetlerinin algılanan ve beklenen kalite düzeylerini



belirlemişlerdir. Buna göre; poliklinik hizmetlerinin beş ana faktörünü doktorlar, hemşireler, süreç, personel ve fiyat olarak belirlerken, doktor ve fiyatın davranışsal niyet üzerinde etkisini ortaya çıkarmışlardır. Ayrıca, hasta memnuniyetinin hastaların hastaneyi tekrar tercih etme ve başkalarına tavsiye etme kararları üzerinde etkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Dursun ve Çerçi (2004)'nin çalışmasında, SERVQUAL ölçeği kullanılmış olup, hastaların devlet hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinden memnun olmadıkları sonucuna varılmıştır.

Devebakan ve Aksaraylı (2003) hastaların demografik özelliklerinin hizmet kalitesi değerlendirmelerine etkisini incelemiştir. İzmir ilinde 105 hasta ile yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; yaşlıların gençlere göre, düşük eğitilmiş hastaların yüksek eğitimlilere göre, yüksek gelirli olanların düşük gelirli olanlara göre algıladıkları hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri sonucuna varılmıştır.

Bal ve arkadaşlarının (2002) “Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi” isimli 2001 yılında 428 hasta ile yaptıkları çalışmada; hastaların sosyal güvence ve verilen hizmetin iyi olması nedeniyle hastanelerden sağlık hizmeti almayı tercih ettikleri saptanmıştır. Hastaların devlet hastanelerini tercih etmede en önemli kriterin sağlık güvencesi, özel ve üniversite hastanelerini tercih etmede en önemli kriterin ise daha iyi hizmet sunulması sonucuna varılmıştır.

Çatı ve Yılmaz (2002) sunulan hastane hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında hastaların cinsiyetlerinin, eğitim düzeylerinin ve daha önce gittikleri hastanenin etkisinin olduğu sonucuna varmışlardır.

Çalışmaya konu olan sağlık sektöründe de sağlık hizmetlerinin başarısı, bu sektöre verilen öneme paralel olarak, daha kaliteli hizmet sunulmasıyla da doğru orantılıdır. Sağlık hizmetlerinde günümüz hasta profili hızla değişmekte, ödediği bedelin karşılığını almayı bekleyen ve nitelikli hizmet talep eden, hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve bu nedenle de sorgulayıcı olan bir tüketici kesimiyle karşı karşıya bulunmaktadır (Bal vd., 2002, s.384). Bir hizmet işletmesi için müşterilerini

tatmin etmek ve onların hafızalarında olumlu bir yer edinmeleri, müşterilerin elde tutulması ve aynı hizmeti talep etmeleri halinde tekrar aynı hizmet sağlayıcısını tercih etmelerinde etkin rol oynamaktadır (Gürbüz vd., 2008, s.792).

Türkiye’de sağlık sektöründe hizmet kalitesiyle ilgili yapılan çalışmalarda hastane türleri dikkate alınarak yapılan araştırmaların sayısının çok fazla olmadığı görülmektedir. Yapılan nadir araştırmalarda ise, özel hastanelerin kamu hastanelerine göre daha kaliteli hizmet verdikleri sonucuna varılmıştır. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların çok az sayıda olması, bu alanda yeni bir çalışma yapmanın gerekliliğini ortaya koymuştur.

#### **1.4.2. Dünyada Yapılan Önceki Çalışmalar**

Hizmet kalitesi ile ilgili literatür tarandığında hizmet kalitesi kavramının gerçekleşen ve algılanan boyutta incelendiği ve bunlardan gerçek hizmet kalitesinin objektif (nesnel) kalite ile benzerlik taşıdığı görülmektedir (Arora ve Staner,1996:24). Hizmet işletmesinde müşteri gerek hizmet personeli ile gerekse işletmedeki fiziksel kaynaklar ve sistemlerle etkileşim içerisindedir. Bu karşılaşmadaki etkileşimler müşterinin kalite algısında da etkin rol oynamaktadır. Hizmet kalitesi basit olduğu kadar güçlü bir çelişki paradigmasına sahiptir. Hizmet deneyimi ile algılanan sonucun (çıktı) beklenti içerisine girilen hizmet ile eşleşmesi ya da beklenen sonucun aşılması, müşteri tarafından tercih edilen durumdur (Headley ve Miller, 1993, s.32).

Yapılan önceki çalışmalarda sağlık sektöründe müşterilerin hizmet algısına etki eden dört anahtarın hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti, algılanan değer ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkilerden oluştuğu belirlenmiştir (Wu vd., 2009, s.1307). Cronin ve Taylor (1992), Oliver (1980), ile Taylor ve Baker (1984)’ın yapmış oldukları çalışmalarda da tatmin ve satın alma niyeti arasında olumlu bir ilişki olduğunu doğrular nitelikte olup, tatmin olan müşterinin tekrar aynı hizmete ihtiyaç duyduğunda bu hizmet sağlayıcılarını tercih ettikleri sonuçlarına varılmıştır. 2012 yılında Ürdün’de Zamil ve diğerleri tarafından 450 yatarak tedavi hizmeti alan hastayla SERVPERF kalite ölçüm metodu kullanılarak yapılan bir çalışmaya göre, devlet ve özel hastanelerde sunulan sağlık hizmeti kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi araştırılmış olup,

aralarında belirgin farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır. Özel hastanelerin devlet hastanelerine göre müşteri memnuniyeti açısından daha başarılı olduğu ortaya çıkmıştır.

Rahmqvist ve Bara (2010)' nın İsveç'te yapmış oldukları çalışmalarında, algılanan hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti ilişkisini hastaların demografik özellikleri açısından incelemişlerdir. 20 yaş ve üzeri olan 7245 hastayla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, acil servis hizmetlerinde genç hastaların aldıkları sağlık hizmetinden yaşlı hastalara göre daha düşük düzeyde memnun oldukları (% 54) ortaya çıkmıştır. Daha düşük eğitim seviyesine sahip olan hastaların memnuniyetinin daha yüksek olduğu da sonuçlar arasındadır. Resepsiyonda bilgi verilmeksizin bekletilen hastaların memnuniyetleri negatif yönlü iken, tedavi süreciyle ilgili kararları sorulan hastaların memnuniyetleri pozitif yönlü olarak çıkmıştır.

Chahal (2008) çalışmasında, genel hizmet kalitesine etki eden üç boyutun (hemşirelerin, tutumu, doktorların tutumu ve ameliyat-operasyon kalitesi) hasta sadakati ile ilişkisini Hindistan'daki devlet hastanelerinden yatarak tedavi hizmeti alan 300 hastayla görüşerek tamamlamıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre, eğer hasta almış olduğu hizmetlerdeki personelden ne düzeyde memnun ise, o hastanın başka bir sağlık sorunu için hem hastaneyi tekrar tercihi hem de çevresine tavsiye etmesi o düzeyde olumlu olacaktır.

Cheng ve diğerleri (2006)'nin çalışmasına göre, sağlık hizmetleri sektöründe en önemli rekabet algısı da kalitedir. 2002 yılında Tayvan'da ulusal düzeyde 6725 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık hizmetlerinde temel ilgi alanının fiyattan ziyade bakım sürecinin kalitesi olduğu ortaya çıkmıştır.

Lovelock ve diğerleri (2006) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise, doktorun ve laboratuvarın kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde belirgin etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Boshoff ve Gray (2004), özel hastanelerde tedavi gören hastaların hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyetleri arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amacıyla yürütmüş oldukları çalışmayı 323 hasta ile Güney Afrika'da gerçekleştirmişlerdir. Çalışmanın sonucuna göre, hizmet kalitesini etkileyen

boyutlardan olan hemşirelerin empati yapması ve güvenlik boyutlarının sadakat ve müşteri memnuniyeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, müşteri memnuniyeti boyutlarında ise, yemek hizmetlerinden, hemşirelik hizmetlerinden ve ücretlerle ilgili hizmetlerden memnuniyetin hem sadakat hem de genel memnuniyet üzerinde pozitif etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Peltier ve diğerleri (2002)'nin çalışmalarında doğum yapan kadınların ve ailelerinin aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri araştırılmış olup, hasta ve sağlık hizmeti sağlayan kurum arasında hem sosyal, hem de yapısal bağlar oluştuğu sonucuna varılmıştır. Doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında yaşanan ilişkilerde hastaların karar sürecine katılmaları durumunda, aradaki ilişkinin güven (trust) ve teşebbüs (commitment) boyutları yükselmektedir. Bu bağlamda, müşteri bağlılığının hemşire ve hekimlerin hizmet düzeylerinin bir fonksiyonu olarak ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır. Doğum öncesi hizmetlerde hekim ile hasta arasındaki ilişkinin düzeyi önemli olurken, doğum sonrasında ise hemşire ile hasta arasındaki ilişkinin düzeyi ön plana çıkmaktadır.

Williams vd. (1998) tarafından yapılan çalışmada, müşteriler memnuniyetin üç önemli saçı ayağı olarak, hemşirelik hizmetleri, yemek hizmetleri ve tedavi yöntemi tanımlanmıştır.

Shemwell ve Yavaş (1999)'nin çalışmasında hizmet kalitesi olumlu yönde memnuniyet ile ilişkili iken memnuniyet ise şikâyet etme davranışı ile negatif yönde ilişkili olarak bulunmuştur.

Dodson (1996) tarafından yürütülen doktora tezinde ise hastanelerde tedavi gören hastaların, memnuniyet düzeylerine hastane yöneticilerinin hizmet kalitesi değerlerinin etkisi incelenmiş ve aralarında pozitif bir ilişki ortaya çıkmıştır. Pyzdek tarafından 1994 yılında geliştirilen bir ölçek kullanılmış ve hastaların hastaneden taburcu olacakları zaman bu anket formları doldurulmuştur.

### 1.4.3.Tanımlar

**Hastane:** “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır (SB::YTKĞY, Madde:4, 1983).

**Algılanan Kalite:** Algılanan kalite ürünün gerçek kalitesi değildir ama tüketicinin ürünü subjektif değerlendirmesidir (Zeithaml, 1988). Algılanan kalite kısmen bir markanın, kullanıcıların değişik beklentilerini-onların algılarında- karşılama derecesiyle belirlenir. Örneğin, hizmet markalarında bunlar; hizmetin kendisi, fiziksel koşulları, hizmetin güvenilirliği, hizmet sağlayıcının yardımseverliği, dakikliği, empati yeteneği, garantileri vb. konulara ilişkin olabilmektedir (Franzen, 2002, s.109).

**Hasta Memnuniyeti:** Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir (Hastaoğlu, 2007). Donabedian (1992) Hasta tatminini "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak ifade etmiştir. Hasta tatmininde esas amaç; hasta sadakatini sağlamaktır (Öksüz, 2010).

**Hasta Bağlılığı:** Bloemer ve Ruyter (1999)’e göre “pozitif deneyime sahip olan müşterilerin, aynı hizmeti tekrar satın alma ve hizmet sunan işletmenin devamlı müşterisi olmaya yönelik eğilimlere sahip olmaları” bağlılığı tanımlamaktadır. Müşterinin tüm rekabetçi etkilere ne ölçüde direndiği ve işletmenin ürün ve hizmetlerini kullanmakla ne düzeyde kararlılık göstermesi durumu olarakta ifade edilebilir (Gönen, 2008).

**Sağlık:** Geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Günümüzde ise en geçerli tanım olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 1948) tarafından yapılan tanım kabul edilmektedir: Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Tengilimoğlu vd., 2009).

**Sağlık Hizmeti:** Sağlıkla ilgili tanımdan hareketle, sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananları tedavi etmek ve sakatlananları rehabilite etmek amacı ile sunulan hizmetlerin tümü “sağlık hizmeti” olarak ifade edilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009, s.35).

### 1.5. Çalışmanın Planı

Çukurova Bölgesi halkının sağlık hizmetiyle ilgili ihtiyaçlarını, konumu itibariyle en kapsamlı olarak değerlendirme fırsatına sahip olan Adana ilinde ampirik bir çalışma yapılmıştır. Hastanelerden hizmet alan hastaların, verilen sağlık hizmeti hakkında görüşlerinin alınarak, bu görüşler doğrultusunda sağlanan sağlık hizmet kalitesinin ölçülmesinin, kalite düzeyinin değerlendirilmesinin, bu bölgedeki sağlık hizmet kalitesinin belirlenmesinde ve iyileştirilmesinde büyük fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada birincil verilerin yanı sıra ikincil verilerden de yararlanılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde tez çalışmasının amacı, önemi, araştırma problemi ve konu ile ilgili önceki çalışmalara, aynı zamanda temel kavramların tanımları ve çalışma planına yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları tanımlanmış, takibinde sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sınıflandırılması yapılmıştır. Aynı bölümde, sağlık sektörünün Türkiye’deki tarihsel gelişimi hakkında kısa bilgiler verilmiş olup, ayrıca Türkiye’de sağlık hizmeti sağlayan kurumlarının sınıflandırılmasıyla ilgili genel tanımlayıcı bilgi ve istatistiklere yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, kalite, tatmin ve bağlılık ile ilgili kuramsal çerçeveye yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyicileri, hasta memnuniyet ve bağlılık ilişkisi konuları literatürdeki önceki çalışmalar dâhilinde incelenmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde nitel ve nicel ölçeklerle elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntem ve analizler tanımlanmıştır. Araştırmanın modeli ve

hipotezlerinin de yer aldığı bu bölümde araştırmanın ana kütlesi ve örnekleme süreci ile veri toplama yöntemlerinden bahsedilmiştir.

Çalışmanın beşinci bölümünde Adana ilindeki hastanelerde yatarak tedavi hizmeti alan hastaların aldıkları sağlık hizmeti performansını değerlendirmelerinin istendiği bir anket formu sayesinde elde edilen verilerin analizine ve bulgulara yer verilmiştir. Devlet, özel ve üniversite hastanelerinden yatarak tedavi hizmeti alan hastaların algıladıkları kaliteyi etkileyen alt faktörlerin değerlendirilmesiyle elde edilen sonuçlar yine bu bölümde yer almaktadır. Çukurova Bölgesi için sağlık sektörünün merkezi konumunda olması dolayısıyla araştırmanın örneklem çerçevesi Adana ilinde sağlık hizmeti sunan hastanelerle sınırlandırılmıştır.

Çalışmanın altıncı ve son bölümünde, yapılan istatistikî analizler sonucunda elde edilen bulguların yorum ve değerlendirmeleriyle oluşan sonuç bölümü yer almaktadır. Ayrıca bu bölümde çalışma sonuçlarından hareketle devlet, özel ve üniversite hastanelerine yönelik öneriler yer almaktadır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI

#### 2.1. Sağlık Hizmeti Tanımı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Bu bölümde, öncelikle sağlık ve sağlık hizmeti kavramıyla ilgili tanımlara yer verilirken, sağlık hizmetlerinin temel özellikleri de açıklanmıştır.

##### 2.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramı

Geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve belirli semptomları ve sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Akdur, 1998, s.11). Günümüzde sosyal refah anlayışını benimseyen devletler, temel insan hakkı olan sağlık hizmetlerini tüm topluma etkin, verimli ve yeterli bir düzeyde sunmak ya da gerekli tedbirleri almakla yükümlü görülmektedirler (Çelikay ve Gümüş, 2011, s. 56). Anayasal düzeyde olmasa da 1930’lu yıllarda uygulamaya Kurucu önderimiz Mustafa Kemal Atatürk’ ün destek ve teşvikleriyle giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu» nun birinci maddesinde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sahiplenildiğini açıklamaktadır : «*Memleketin sıhhi şartlarına ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindedir*» (Aydın, 1995, s.48-49).

Sağlık hizmeti kavramından farklılık gösteren sağlık kavramı; birey ve toplum için önemi nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türü olarak tanımlanmaktadır (Aktan ve Işık, 2010, s.1). Fertlerin fiziksel ve ruhsal bozukluklardan uzak olması ve bulunduğu toplumsal çevreye ilişkin vücut ve kafasının, normal kabul edilen sınırlarda çalışması olarak da ifade edilen kavramı, Dünya Sağlık Örgütü ise fertlerin fiziki, ruhi ve toplumsal yönden tam bir iyilik ve uyum içinde olması durumu olarak tanımlamaktadır (Filiz, 2010, s.16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan bu tanıma göre sağlık, “yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak ifade



edilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009, s.35). Bu ifadede yer alan “bedensel iyilik” kavramı ile; farklı organlar ve fonksiyonlar arasında hormonal denge (uyum) ile hastalığa karşı koyabilme durumu; “ruhsal iyilik” kavramı ile; fiziksel, entelektüel en iyi olma (optimal sağlık) durumu ve büyüme ile ilişkisini ve “sosyal iyilik” kavramı ile; bireyin dışındaki faktörlerden -çevre, sosyal ve kültürel-etkilenmesi olarak açıklanmaktadır ([www.bayar.edu.tr/~saglikyo/Belcikada\\_Saglik.pdf](http://www.bayar.edu.tr/~saglikyo/Belcikada_Saglik.pdf), 04/01/2010). Benzer bir tanımlama yapan Schultz ve Johnson (2003, s.17), ise sağlık kavramını bir bireyin içinde bulunduğu ortamda çevresine fiziksel, sosyal ve zihinsel olarak uyum göstermesi olarak ifade etmiştir. En genel anlamda sağlık, toplumdaki bireylerin hastalık, rahatsızlık ve sakatlıklarının olmamasıyla birlikte, o toplumdaki bireyin akli, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan da tam huzur ve uyum içinde bulunmaları durumudur (Kızılçelik, 1996, s. 3). Sağlık hizmetleri ise, toplumu oluşturan bireyleri çeşitli hastalık ve sakatlıklardan koruyarak ruhsal, iktisadi ve sosyal bağlamda yaşamlarını huzur içerisinde sürdürebilmelerini temin edebilme amaçlı faaliyetler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Akdur, 2006, s.17-20; Tekin, 1987, s. 264-266).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ-WHO) göre sağlık hizmetleri, tanı, hastalık tedavisi veya sağlıkla ilgili olarak her türlü reklam, bakım ve iyileştirme hizmetlerini ve kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır ([www.who.int/topics/health\\_services/en/](http://www.who.int/topics/health_services/en/), 06/01/2010). Sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği ölçüde en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümü sağlık hizmeti olarak ifade edilebilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009, s.38; Akdur, 2006, s.17). Sağlık hizmetlerinde asıl amaç, sağlık bakımı hizmetleri olarak adlandırılan, doğrudan sağlık hizmetleri yanında, eğitim, iş, çalışma koşulları, gelir, konut, çevre, bireysel alışkanlıklar gibi diğer birçok etmen tarafından belirlenen çok bileşenli bir sonuç olan toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (Akdur, 2000, s. 1). Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.34). Sağlık hizmeti sunumunda en önemli hedef, hastaları tedavi etmek yerine hastalanmalarını önleyebilmektir (Tengilimoğlu vd., 2009, s. 102).

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden farklı özelliklere sahip olması gelmektedir. Bu özellikler arasında sağlık hizmeti tüketiminin rastlantısal olması, ertelenememesi, ikamesinin olmaması, sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan yerine hizmeti sunan hekimden kaynaklı olmasını, çıktısının paraya çevrilememesini, hizmetin belirli bir bölümünün toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşıması, hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemenin zorluğu, garantisinin olmaması, hataya karşı tolere şansının olmaması gibi temel özellikler yer almaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009, s.40-41).

### 2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Çağdaş insanın yaşamında temel hizmetlerden biri olan sağlık hizmetinin de diğer mal ve hizmetlerden ayırt edici olarak çeşitli özellikleri vardır. Bunların başında sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler olması, belirsiz talebe sahip olması, ikame edilemez ve ertelenemez olması, sosyal amaca yönelik olması gibi özellikleri gelmektedir (Şenatalar, 2003, s.25). Ayrıca bir diğer özelliği de talep edenin konu olan hizmet hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olmasıdır (Filiz, 2010, s.19). Sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynayan kurumlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1

#### *Sağlık Hizmetleri Endüstrisi*

Sağlık Sektörünü Oluşturanlar	Sağlık Hizmetleri Ürünlerini Sağlayanlar	Sağlık Hizmetlerini Üstlenenler	Sağlık Hizmetlerini Talep Edenler
-Sağlıkla İlgili Çevreler - Sigorta Kuruluşları - Yerel Bölgesel ve Merkezi Yönetim Sağlık Birimleri	- İlaç Şirketleri - Tıbbi Malzeme Sağlayan Şirketler -Tıbbi Cihaz Üreticileri - Tıbbi Donanım Şirketleri	- Hastaneler - Klinik ve Sağlık Koruma Örgütleri -Özel hekimler -Sağlık Laboratuvarları - Bakımevleri - Eczaneler	Sağlık Hizmetleri Tüketicileri

**Kaynak:** Tengilimoğlu,D., Işık, O., Akbolat, M., “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Nobel Yayın, Dağıtım, 2012, Ankara.

Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Şekil 1’de sağlık endüstrisinde bütüncül sağlık hizmeti sunan kuruluşların dağılımına yer verilmiştir. Buna göre, sağlık hizmeti talep eden tüketicilere, hastaneler, klinik ve sağlık koruma örgütleri, özel hekimler, sağlık laboratuvarları, bakımevleri ve eczaneler tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır (Alpugan, 1981, s.68; Tengilimoğlu vd., 2012, s.73-78). Bu özellikler şöyle sıralanabilir:

- **Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısalıdır:** Sağlık hizmetinin talebinin ortaya çıkış zamanının belli olmaması, onu diğer hizmetlerden ayıran en önemli özelliğidir. Ayrıca buna ek olarak hastalığın maliyeti baştan belli olamamaktadır. Kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden belli olmamakla birlikte, sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı da tahmin edilemez. Sağlık sigortası sistemi ile önceden ödeme yöntemleri ile risk bölüşümü sağlanmakta ve ani ve çok yüksek maliyetlere karşı, hem bireysel hem de kamusal anlamda destek sağlanmaktadır.
- **Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur:** Sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetler gibi yerine ikame barındırmaz, yani hasta, hekimin önerdiği tedavi yöntemini kabul etmek durumundadır. Sağlık hizmeti parasal değeri daha az olan bir başka ürün ile değiştirilemez.
- **Sağlık hizmeti ertelenemez:** Sağlık sektörü dışında birçok mal ve hizmet için bireyler tüketim zamanlarını erteleyebilme hakkına ve şansına sahiptirler. Ancak sağlık hizmeti açısından tedavide erken tanının ileriki birçok sağlık problemini ve maddi kaybı da engelleyeceği göz önünde tutulursa sağlık hizmetinin ihtiyaç duyulduğu anda karşılanmasının gerekliliği öne çıkar.
- **Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekimler belirler:** Sağlık hizmetleri, uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış hatta sürekli eğitimle yenilikleri izleyip kendilerini geliştirebilen kişilerin

bilebileceği karmaşıklıkta konulardan meydana gelmektedir. Dolayısıyla diğer sektörlerde olduğu gibi tüketici alacağı hizmete kendi karar vermez ve aldığı hizmet karşılığı ortaya çıkan tatmin kesin olarak belirgin değildir. Tüketici, hizmeti sunan hekimin bilgi ve deneyimine güvenmek zorundadır.

- **Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir:** Genel olarak, mal ve hizmetlerin satın alınmasında tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en ideal olanın seçileceği varsayılır. Ancak, tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır.
- **Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur:** Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumunu etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktörün bulunması ile paralellik gösterir. Sağlık hizmetini önceden alıp, test etmek mümkün olmadığı için hizmet veren ve alanın ilişkisi tamamen etik kurallar ve güvene dayalıdır.
- **Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır:** Sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Özellikle, salgın hastalıklarda hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Sağlık hizmetlerine şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için kapasite artırım çalışmalarına devam etmek gerekir.
- **Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez:** Sağlık, fiyatı biçilemeyen, dolayısıyla iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Sağlık hizmetleri kendine özgü özellikleri dolayısıyla çoğu kez kar amaçlı olarak düşünülmeyip, sosyal amaçlı olarak fiyatlandırılmaktadır.
- **Diğer özellikler:** Sağlık hizmeti depolanamama özelliği ile sağlık kuruluşu kapasitesini, talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemek zorunda kalabilir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar teknoloji yoğun emek işletmesi olmaları dolayısıyla yüksek maliyet gerektiren hizmetler sunmaktadırlar. Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere izin vermezler, çünkü yapılacak hata direk insan hayatına mal olacaktır. Hizmet

sunumunda garanti verilememesi bir diğer özelliğidir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin iyi olması diğer sektörlerle de (özellikle turizm) önemli fayda sağlamaktadır.

### 2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Önceleri sadece hastalıkların tedavisi şeklinde tanımlanan ve daha çok tedavi hizmetlerine yönelik gelişmelerin olduğu sağlık hizmetleri, daha sonraları hastalık ya da sağlığı bozucu etkenlerin neler olduğunun öğrenilmesi sonucunda çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve hijyen gibi konularda da önem kazanmaya başlamıştır (Tengilimoğlu vd., 2009, s.38). Bu gelişmelere bağlı olarak sağlık hizmetleri dört başlık altında incelenmektedir. Bunlar koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, iyileştirme (esenlendirme) hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetlerdir. Bütüncül sağlık hizmetleri sunan kurumların bu dört tür ile ilişkisi Şekil 2.1'de gösterilmiştir. Bu şekilde yer alan dördüncü türün adı sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak geçmekte olup, bu kavram ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry Y. Sigerist tarafından kullanılmıştır. Sigerist' e göre, sağlığın geliştirilmesi ile iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standardı sağlamak ifade edilmektedir (Terris, 2002, s.268). Sağlığın geliştirilmesi temel sorumluluğunun bireyde olduğuna dikkat çeken ve sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmeye yönelik olarak almış oldukları tedbirler çerçevesinde (spor yapmak, alkol ve sigara kullanmama, kişisel hijyen sağlama gibi) sunulan hizmetleri kapsamaktadır (Kısa, 2002, s. 37). Şekilde yer alan diğer üç türle ilgili bilgiye aşağıda yer verilmiştir ( Ceyhan, 2007, s.12-15; Akdur, 1998, s.13-15):

- **Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Temel sağlık hizmeti ya da halk sağlığı hizmetleri adı altında sunulan kişinin sağlığını korumak, geliştirmek, amacıyla kişiye ve ailesine doğrudan yapılan hizmetlerle, kişi ve ailesinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla çevreye yönelik yapılan hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu sağlık hizmetlerinin, alt kapsamında kişiye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olarak iki grup mevcuttur. Sağlık evi, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı merkezi, gezici sağlık birimi, revir ve hastanelerde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlanırken, çevreye yönelik olan sağlık hizmetlerini ise çevre sağlık birimi, halk sağlığı

laboratuvarları, sağlık ocağı, okul sağlığı, gezici sağlık birimi ve hastaneler sağlamaktadır.

- **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Bu tür sağlık hizmetleri, tamamen sağlık sektörü tarafından yürütülür. Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşmaları için yapılan çalışmalardan oluşur. Tedavi edici sağlık hizmetleri iki grupta toplanmaktadır: Ayaktan-günübirlik ve yataklı tedavi hizmetleri. Ayaktan-günübirlik tedavi hizmeti sunan kurumlar arasında özel muayene, hastane polikliniği, hastane acil servisi, ayaktan cerrahi hizmetleri, evde bakım ve diyaliz merkezleri yer almaktadır. Tedavi hizmetleri altında yer alan yataklı tedavi hizmetleri ise, hastaneler, hemşirelik bakım merkezleri, terminal dönem bakım merkezlerinde verilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu ölçütleri esas alındığında birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç grupta incelenmektedir: (Ceyhan, 2007, s. 12-13; Akdur, 2006):

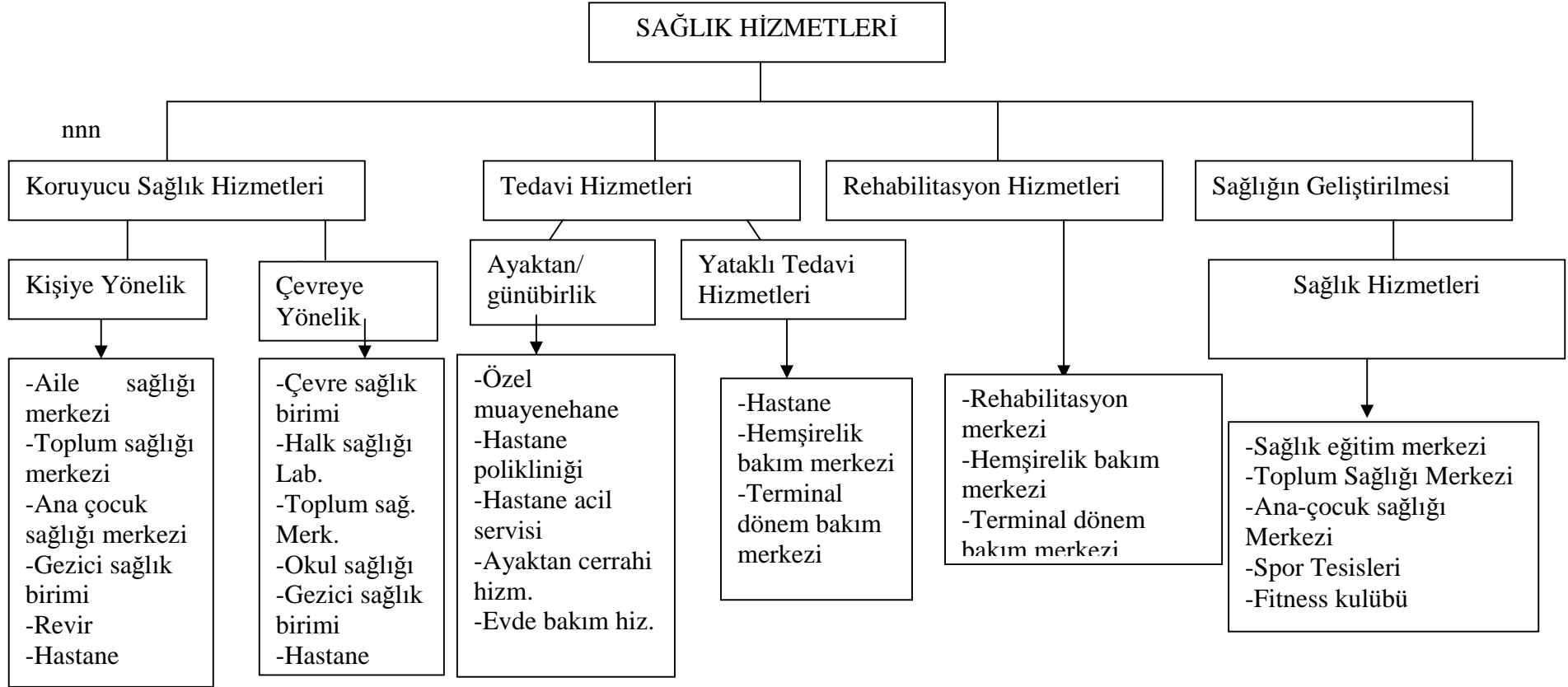
*a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastaların evde ve ayakta (hastanede yatmadan) tedavi edilmeleridir. Koruyucu hizmetlerle beraber, yataksız tedavi kuruluşlarında yürütülen birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri; hasta olan kişinin ilaç alarak veya ilaç almadan evde istirahat ederek kendi kendine veya yakınları tarafından bakılarak tedavi edilmesi, sağlık ocağı veya hastanede yapılan muayene ve teşhisten sonra ilaçla evde istirahat ederek yapılan tedavisidir. Sağlık evleri, sağlık ocakları, kurum tabiplikleri, sağlık istasyonları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, poliklinikler, hekim muayenehaneleri, sağlık merkezleri ve dispanserler birinci basamak tedavi hizmeti sunan kuruluşlardır.

*b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastanın tedavi görmek amacıyla hastanede yatarak hizmet aldığı tedavi hizmetleridir. Hekim, hemşire ve diğer ilgili personellerin kontrolünde, her türlü tıbbi araç-gereç uygulayarak yapılan teşhis ve tedavi hizmetleridir. Amaç hastayı tekrar eski sağlığına kavuşturmadır. Özel bakım ve tedavi uygulamak için hasta, hastaneye yatırılarak gözlem altında tutulur. Kamu hastaneleri, askeri hastaneler, özel hastaneler ikinci basamak tedavi hizmeti sunan kurumlara örnek olarak verilebilir.

*c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:* Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da hastalığa hizmet veren (çocuk hastaneleri, doğum hastaneleri, onkoloji hastaneleri) konusunda

uzmanlaşmış personele ve teknolojiye sahip olan yataklı tedavi kuruluşlarınca verilen hizmetlerdir. Gelişmiş tıp teknolojisi ile özel yoğun bakım uygulanması gereken, özel bir dalda hasta kabul eden ihtisas hastanelerinde yapılan tedavidir. Sağlık Bakanlığı'nın eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri olmak üzere tüm özel dal hastaneleri üçüncü basamak tedavi hizmeti sunarlar.

- **Rehabilitasyon Hizmetleri:** Birtakım hastalıkların tedavisinden sonra, kişilerde bazı organların işlevleri kaybolur veya bu organların işleyişinde engellilik oluşur. Bu kişilere günlük yaşamlarını ailesine ve topluma yük; kendisine ise bir sıkıntı olmadan sürdürmeleri için verilen hizmet rehabilitasyon hizmetidir. Kendi içinde ikiye ayrılır: i) *Tıbbi Rehabilitasyon Hizmeti:* Sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi gibi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine protez takılmak suretiyle kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlerdir. ii) *Sosyal Rehabilitasyon Hizmeti:* Sosyal hizmetler kurum ve personelince yürütülen hizmetlerdir. Fiziki ya da psikolojik olarak hasarlı kişilerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için bir işe yerleşmeleri gerekir. Hiç çalışamayacak durumda olan kişilerin bir kurumda bakılması gerekmektedir. Bu ve benzeri türden hizmetlerin hepsine sosyal rehabilitasyon denir.



Şekil 1. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

**Kaynak:** Kaynak: Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., "Sağlık İşletmeleri Yönetimi", Nobel Yayın Dağıtım, 2012, Ankara



## 2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim ve Örgütlenme Süreci

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çerçevede yaşamaya hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.18). Bu temel hakkın, günümüz tanımından içerik olarak farklılıklara sahip olsa da insanlık tarihi kadar köklü bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda Milattan Önce (MÖ) 2000 yılında yaşayan Babil Kralı Hammurrabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, bu alanda hizmet veren hekimlerin sorumlulukları ve alacakları ödülleri belirlemiştir (Ersoy, 1989). Bu bölümde Osmanlı dönemindeki sağlık politikasından günümüze kadar olan süreçteki politikalar hakkında genel bilgi verilmiştir.

### 2.2.1 1920 yılı öncesi ve Osmanlı Döneminde Sağlık Politikası

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına yansımakta olup, idari örgütlenmenin saray merkezli ve askeri olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olarak gelişmiştir (Akdur, 2005, s.10). Devletin sağlık işlerini yürüten Reisu’l Etibba (Hekim Başı) kurumuydu. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında, yoksullar ve kimsesizler ise padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri, yanı sıra askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflar aracılığıyla bir kısım sağlık hizmetlerini aldılarsa da hâkim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdi (Akdur, 2005, s.10). Gerek devlet ve hayır kurumlarınca gerekse özel kişilerce sunulan bu özel hizmetler sadece İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi büyük şehirlerle sınırlıydı (Akdur, 2005, s.10). 19. yüzyılın sonlarına gelinceye kadar devletin asil görevleri arasında sosyal ve sağlık hizmetlerini yaygın kitlelere ulaştırmak gelirken, hem sağlık hem toplum hizmetlerinde gelişmiş ülkelerin gerisinde kalınması durumu söz konusu idi. Hizmetlerin yetersiz olması durumu halkın çeşitli bilim dışı şifa kanallarına başvurmasına neden olmaktaydı. Sağlık alanında iyileştirmelerde 19 YY’ın ikinci yarısı itibariyle, Batıya yönelmeye başlanılmıştır: Hekim başı kurumu ortadan kaldırılarak yerine 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezareti almıştı. Hekim olabilmek için tıp okullarından mezuniyet şartı aranmaya başlanmış ve 1914 yılında yapılaşması İtalya’dan örnek alınan Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti’ne dönüşen ve böylece yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri içişleri bakanlığına bağlı olarak devletin kontrolü altına alınmıştır (Akdur, 2005, s.11).

### 2.2.2. 1920-1938 Yılları Arasındaki Gelişmeler

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile olmuştur (Akdur, 2005, s.11). I. Dünya savaşı sonrasında 20 Nisan 1920’de toplanan TBMM’nin kabul ettiği 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve temel görevleri toplumun sağlık statüsünü iyileştirme, sağlık hizmeti sunma ve sağlık politikası üretme olarak belirlenmiştir (Tengilimoğlu vd., 2009, s.93). 1920’de kurulan sağlık bakanlığının ilk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar olup, özellikle 1920-1938 yılları arasında o dönemin koşulları çerçevesinde bu alanla ilgili düzenlemeler yapılmıştır (Akdur, 1998, s.24). Bu düzenlemeler özellikle, savaş sonrası sorunların çözülmesi, nitelik ve nicelik açısından sağlık personelinin desteklenmesi, merkezden köylere doğru bir yapılanma tesisi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması konularıyla ilgili düzenlemeler yapıldı (Özbay vd., 2007, s.98-99). 1925 yılında Sağlık Bakanlığına atanan ve sonraki dönemin sağlık hizmetlerine damgasını vuran Dr.Refik Saydam sağlık sorunlarına yönelik olarak çözümleri üç ana başlıkta toplamıştır (Metintaş ve Elçioğlu, 2007, s.164-165): Mevzuatı yenilemek, kurumsallaşma ve personel temini. Buna göre mevzuat çerçevesinde idari ve hukuki çalışmalarda planlar yapmak, devlet sağlık örgütünü esnek ve yaygın hale getirmek ve sağlıkla ilgili yasalar yapılması öngörülmekteydi. Kurumsallaşma kapsamında, bakanlık merkezi organize edilerek, sağlık merkezleri, numune hastaneleri, sağlık istasyonları, doğum ve çocuk bakımevleri açmak, sağlık örgütünü köylere yaymak, Hıfzıssıhha okul ve enstitüleri kurmak gelmekteydi. Üçüncü başlık olarak bakanlık merkez kadrosunun oluşturulması, hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirilmesi, sıtma, verem gibi önemli hastalıklara karşı savaş ekipleri kurmayı kapsayan sağlık personel temini yer almaktaydı (Tengilimoğlu vd., 2009, s.93).

Bu dönemde başlatılan özellikle sıtma olmak üzere, sifilis, trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak gerçekleştirilen dikey örgütlenme bugün de devam etmektedir. Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, dispanserler, müesseseler, bölge laboratuvarları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri gibi tesislerin yapılanmaları bazı değişikliklere uğramakla birlikte günümüzde de varlığını sürdürmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012, s.132).

### 2.2.3. 1938-1960 Yılları Arasındaki Gelişmeler

1938-1960 yılları arasında merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dâhilinde politikalar geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir. Dr. Saydam döneminden sonraki ilk önemli girişim, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne, zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından sunulan “ Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır” (Akdur, 1998, s.30). “Behçet Uz Planı” olarak bilinen bu plana göre, ülke her biri kendi örgütlenmesini gerçekleştirecek olan yedi sağlık bölgesine ayrılacaktı. Plana göre, her kırk köy için on yataklı bir sağlık merkezi kurulup, iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşirenin görev alması sağlanacaktı. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürütecek ve her bir bölgenin kuruluşu tamamlanınca her bölge için bir tıp fakültesi kurulması planlanmaktaydı.(Sağlık Bakanlığı, 2007, s.99). 1945’de, Sosyal Sigortalar Kurumu’nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmış olup, yine bu dönemde Emekli Sandığı’nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007, s.99). İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş, bölge bazlı kurumsal örgütlenmeler gerçekleşmiş, bölgesel numune hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuş ve sağlık ocaklarının sayısı da yine bu dönemde hızla artmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007, s.99).

### 2.2.4. 1961-1980 Yılları Arasındaki Gelişmeler

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmıştır; fakat sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması benimsenmiş olup 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1961’de yürürlüğe girmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007, s. 100). 1980’e kadar uygulanan sağlık yasaları da bu yasa çerçevesinde oluşturulmuş, dikey örgütlenmeler kademeli olarak azaltılmış ve farklı sağlık hizmetleri sağlayan yapılar sağlık ocakları çatısı altında birleştirilmiş ve sosyalleşme, pilot uygulamalar başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007:100). 1945’te Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş ve istihdam ve hizmet sunumunda bu sayede sağlık bakanlığı tekeline çıkarılmıştır (Tengilimoğlu vd., 2009, s.97). 1960’dan sonra daha planlı bir dönem başlamış ve beş yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesindeki en önemli etkenlerden

biri haline gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007, s.100). Sonraki yıllarda da gündemden düşmeyen Genel Sağlık Sigortası kavramına ilişkin tartışmalar da bu dönemde başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967’de hazırlanmış; fakat Bakanlar Kuruluna sunulmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007, s.100). 1967’deki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturulacağı beklentisi doğmuş, taslak kanun Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunulmuş; fakat kabul edilmemiştir ve sonrasında 1974’te Meclise tekrar sunulmuş; fakat bu kez de tartışılmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007:100). 1970-1980 yılları arasında sağlık politikalarında köklü bir değişim yaşanmamakla birlikte, hizmetler mevcut sistemin doğal ivmesiyle gelişmiştir (Tengilimoğlu vd., 2012, s.135).

### **2.2.5. 1980 -2000 Yılları Arasındaki Gelişmeler**

1950’li yıllardan sonra iktidarlara egemen olan liberal görüşle birlikte sağlık özel sektörünü geliştirme çabaları başlamış; 1970’lerden sonra bu görüş daha da egemen olmuş ve 1980 Anayasasını izleyen yıllarda da genel politika halini almıştır (Tengilimoğlu, vd., 2009, s. 99). Cumhuriyet tarihinde ilk defa 1982 Anayasasında, sağlık alanında özel sektörden söz edilmiş ve 1983 hükümet programında da sağlık alanında genel olarak rekabetin sağlanması ve özel sağlık kuruluşlarına teşvikler hedef gösterilmiştir (Sur, 1998, s.229). 1983 ve sonrası yıllar, sağlık alanında iddialı değişim söylemlerinin gündeme geldiği bir dönem olarak anılmakta olup, bu dönemde toplumun sağlık durumu ve sağlık hizmetlerini iyileştirilmesi temel amaç edinilmiştir. Sağlık hizmeti sunan sistemin sorunlu olmasına dayanılarak bu sorunların çözümünün yeni bir sağlık reformu önerisiyle sağlanabileceği önerilmiştir (Özdemir, 2001, s.282). 1990’lı yılların başlarında sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma konusunda sağlıkta reform önerilerini içeren “Ulusal Sağlık Politikası Dokümanının yayımlanması gibi önemli girişimler yer almıştır (Berman ve Tatar, 2004, s.7). Bu dokümanda yer alan temel öneriler arasında, herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık sigortası kapsamına alınması, mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması, hizmeti sunanlarla satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucularının aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dâhili piyasanın oluşturulması yer almaktaydı (Berman ve Tatar, 2004, s.7). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de 1990 sonrasında sağlık reform çalışmalarının önemli bir kısmını hastane reformları oluşturmuş fakat istenilen sonuçlara ulaşılamamıştır

(Tengilimoğlu vd., 2009, s.101). Yakın tarihte (2003-2008 yılları arasında) Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun verilerine dayalı olarak hazırlanan sağlık hizmetlerine ilişkin reformları genel başlıklar ve açıklamaları Ekte iki tablo halinde yer almaktadır (Ek 4 Tablo 1 ve 2.)

### **2.2.6. 2000 Yılı Sonrası Gelişmeler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı**

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türk sağlık sektöründe uzun zamandan beri var olan sorunlarla ilgili iyileştirmeler yapmak üzere tasarlanmış ve uygulamaya konmuştur. Türkiye'de 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile sağlık sisteminde yapılan değişiklikler, sistemi gerek yönetsel gerekse temel felsefesi açısından yeniden kurgulamakta, ayrıca sağlık güvencesi kapsamına alınan sosyal tabanı genişleterek toplumun neredeyse tamamını sisteme dâhil etmektedir(Aksoy, 2006, s.19). Reform öncesinde sağlık sisteminden sadece "prim ödeyenler ile bunların bakmakla yükümlü bulunduğu yakınları" tabi oldukları kurumun bünyesindeki (T.C. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteydi. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır, bu sorunlar(Aksoy, 2006:, s.19):

- Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları
- Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler
- Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı
- Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir.

2008 yılında yapılan Sağlık reformu ile birlikte sağlık ve sosyal sigorta hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmış, sadece prim ödeyenlerle, bakmakla yükümlü olduğu kişiler değil, prensipte "hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar" da sağlık sistemi kapsamına alınmışlardır (Gümüş, 2010, s.19). Ayrıca on sekiz yaşının altındaki vatandaşlar ile sosyal güvenceden yoksun, yoksulluk sınırının altında bir gelire yaşamakta olan vatandaşların sağlık masraflarının devlet tarafından karşılanacağı öngörülmüştür (Gümüş, 2010, s. 19).

Türkiye’de sağlık sistemine ilişkin köklü reform ihtiyacı uzun süre tartışılmıştır. Özellikle beşer yıllık kalkınma planlarında bu ihtiyacın varlığı net bir şekilde ifade edilmiştir. 2000’li yıllara gelindiğinde bu ihtiyaç artık bir zorunluluk olarak algılanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedefleri şu şekilde ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2008, s.20):

- Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı ve denetleyici olarak yeniden organizasyonu,
- Tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortasının hazırlanması,
- Ülke geneline yayılmış, kolay erişilebilen, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması,
- Beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması,
- Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumlarının kurulması,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sağlanması,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması.

Belirlenen bu amaçlar çerçevesinde ayrıca değişimle mevcut kıt kaynakların etkin ve rasyonel bir şekilde kullanılması sağlanarak, sistem içi hizmet verimliliğinin artırılması da amaçlanmaktadır. Dolayısıyla, topluma sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde bir artış sağlanabileceği, kaynakların etkin ve verimli kullanılması sayesinde ise önemli bir maliyet avantajı elde edilebileceği de ileri sürülmektedir (Pekten, 2006, s.121).

Türkiye’de sağlık politikasının geldiği nokta, Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır. Bu program, Yerel Yönetimler Yasası, Genel Sağlık Sigortası, SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığı’nın birleştirilmesi, Aile Hekimliği, SSK ve diğer kamu kurumlarına bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na devri gibi uygulamaları içermektedir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye’inde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?” adlı çalışma 21 akademisyen ve doktorun ortak çalışması olarak kamuoyuna

sunulmuştur ( Filiz, 2010, s. 98). SDP, 2003-2013 yılları arasındaki dönemi kapsayan 10 yıllık bir reform olarak düşünülmektedir (OECD Raporları, 2008).

2003 yılı başı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, bu çerçevede daha önce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla, yeni yaklaşımları da içeren bu program ile sağlık sisteminde bir değişim başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007, s.101). Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta dönüşüm programının amaçları arasında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması böylelikle de halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.24). Sağlık Dönüşüm programı çerçevesinde belirlenen temel ilkeler arasında insan merkezlik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite geliştirme, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, merkezileşmeme, hizmette rekabet gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.24). Sağlık dönüşüm programı çerçevesinde hazırlanan dönüşüm programı bileşenleri ise sekiz ana başlık altında toplanmış olup, bunlar sırasıyla şöyledir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.26-37): Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığının oluşturulması, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sunumu, bilgi ve beceriyle donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve karar sürecinde etkili bilgiye erişim için sağlık bilgi sisteminin oluşturulması.

Sağlık Dönüşüm Programı (SDP) ile gerçekleştirilen son çalışmalar da Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan tamamen çekilmesi hedeflenirken özel sektör ve özleştirilmiş kamu hastaneleri tarafından verilecek olup Sağlık Bakanlığı'nın rolü hizmetin iyi verilip verilmediğini kontrol eden bir mekanizma olarak tanımlanmış olacaktır (Tengilimoğlu vd., 2009, s.108).

### 2.2.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) Temel İlkeleri ve Temel Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçlarının başında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması yer almaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri arasında, insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet yer almaktadır. Bu ilkelerin genel olarak neyi ifade ettikleri şöyle özetlenebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24):

- **İnsan Merkezlilik:** Geliştirilecek olan sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade ederken, sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden yola çıkarak birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınır.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin Türkiye’de koşulları ve kaynaklarıyla uyumlu olması ve kendini besleyerek devamlılık arz etmesini ifade eder.
- **Sürekli Kalite Gelişimi:** Vatandaşlara sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade eder.
- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasını ve sağlık sektörünün tüm bileşenlerini kapsayarak uygulamada kaynak birliğini sağlaması amaçlanmaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.



- **Gönüllülük:** Hizmette arz ya da talep eden birey veya kurum ayırımı yapmaksızın, sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik gönüllü davranmalarını sağlama yöntemidir.
- **Güçler Ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Böylelikle çıkar çatışması yerini daha verimli ve kaliteli hizmet sunumuna bırakacaktır.
- **Desantralizasyon:** Kurumlar merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan uzaklaştırılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar almada ve kaynakları daha verimli kullanmada etkin olacaktır.
- **Hizmette Rekabet:** Sağlık hizmetlerinin tekel olmaktan çıkarılıp, belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylelikle sürekli kalite gelişimi ve maliyet azaltılmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde belirlenen bu ilkelerle, uygulanacak politikalar sonucunda halkın sağlık düzeyinin etkililiğinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.24).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenleri ise sekiz ana başlık altında toplanmış olup bunlar (SB, 2003, s.26-37; Tengilimoğlu vd. 2012, s.139-145):

- **Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı:** Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın fonksiyonları ve görevleri yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, sağlık hizmetlerini planlama ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı içerisinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirecektir. Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da tanımlandığı üzere

Devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirirken Sağlık Bakanlığı’nın temel amacı, politikaları hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın odaklanması gereken diğer alanlar arasında kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi gelmektedir.

- **Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası:** Sağlık Dönüşüm Programı ile hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücüyle orantılı olarak katkıda bulunacakları ve vatandaşların sunulan hizmetleri, ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulacaktır. Sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden biri bu yaklaşımdır. Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı ihtiyacı aşıkârdır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulurken, özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecek olup, özel sigortaların tanımlayıcı bir rol ile sistem içerisinde tutunmaları sağlanacaktır. Sağlık Dönüşüm Programı, ayrıca mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarındaki (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayırarak, sağlık sigortası işlemlerinin tek bir çatı altında toplanmasını ifade etmektedir.
- **Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sunumu:** Herhangi bir ülkede uygulanan bir programı ülkeye aktarabilmenin mümkün olmadığı gibi, ülkenin sosyo-ekonomik ve coğrafi yapısı nedeniyle tek düze homojen bir sistemin bütün ülkeye empoze edilmesi de gerçekçi değildir. Birkaç hanelik mezrasından, iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylerine, kent nüfusunu aşan ilçelerinden dünya kenti olmuş metropolüne kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapıya hitap edebilecek sağlık hizmetleri sunumu gerekmektedir. Sosyalizasyon politikasının sonucu olan mevcut sağlık ocağı ağını güçlendirirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsünde hizmet ağında yer alması planlanmaktadır.
- **Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü:** Planlanan dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesinde uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde ihtiyaç duyulmaktadır.

Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin Avrupa Birliği'ne uyum süreci dikkate alınarak, görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması planlanmaktadır. Sağlık Dönüşüm Programı'nın amaçlarına ulaşabilmesinde sağlık sistemi yöneticiliği için hekimlikten bağımsız etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmasına yönelik öncelik öne çıkmaktadır.

- **Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları:** Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarının sürekliliğini sağlamak için halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, sağlık politikası, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen personele ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan kurtarılıp, hekimleri Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikimle donatmayı hedeflemektedir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayarak standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır.
- **Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon:** Kurulması planlanan "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu" bugün bir kavram kargaşası içinde bulunan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği şekilde düzenleyecektir. Bu kurum sayesinde hizmet sunucularının performanslarını içeren veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanmasıyla uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır. Ayrıca sağlık hizmet sunumunda etik değerlerin korunması esas alınarak, etkin ve güçlü yaptırım yetkisi olan bir etik kurul faaliyete geçecektir.
- **Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma:** İlaç ve tıbbi cihaz konusunda uzman olan, siyasi kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar olarak örgütlenen ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumları yapılandırılacaktır. İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma- geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "ulusal ilaç kurumu" oluşturulacaktır. Tıbbi cihaz ve sarf malzemeleri konusunda da standardizasyon ve denetimi öne çıkaracak olan Tıbbi Cihaz Kurumu, bilgi veri tabanı oluşturma, tıbbi cihaz

planlama ve satın alma, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirilmesinin yapılması, güvenlik programları, uzaktan (online) ve sürekli eğitim programlarını üstlenmek ve uygulamalı araştırmaları desteklemek amacıyla hizmet sunacaktır.

- **Karar sürecinde etkili bilgiye erişim “Sağlık Bilgi Sistemi”:** Doğru bilgiye dayanmayan kararlar istenmeyen sonuçlar doğurur. Doğru bilgi ise ancak iyi seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilmiş veri ile elde edilir. Sağlık Dönüşüm Programı'nın tüm bileşenleri arasında etkin bir uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Bu çerçevede oluşturulması düşünülen sağlık bilgi sistemi ile sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi bilgilerinin korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması planlanmaktadır.

### 2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sağlayan Kurumlarının Sınıflandırılması

Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından üretilmekte olup en büyük kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı’dır. Diğer Bakanlık ve kamu kuruluşları işe Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve belediyelere ait sağlık hastane ve sağlık tesislerinin de Sağlık Bakanlığı’na devri ile birlikte Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunum alanı genişlemiştir (Tengilimoğlu vd., 2012, s.157). Sağlık Bakanlığı dışında, üniversite hastaneleri de 62 hastane ve 35001 yatak kapasitesi ile güçlü diğer bir hizmet sunucusudur. Oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan Türk sağlık sisteminde yer alan aktörlerden bazıları kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıfların açtığı kurumlardan oluşmaktadır. Sağlık sektöründe doğrudan ya da dolaylı olarak yer alan kurumlar, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olup olmamaları durumları Tablo 2’de gruplar altında gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007:101-102).

Tablo 2

*İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar, Türkiye*

<u>POLİTİKA OLUŞTURMA</u>	<u>SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU</u>
Türkiye Büyük Millet Meclisi	Kamu
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri
Yüksek Öğretim Kurumu	Savunma Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	Belediye Hastaneleri
<u>İDARİ KARAR ALMA</u>	Özel
Sağlık Bakanlığı	Özel Hastaneler
İl Sağlık Müdürlükleri	Vakıf Hastaneleri
<u>SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI</u>	Azınlık Hastaneleri
Maliye Bakanlığı	Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler
Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK	Ayakta Tedavi Klinikleri
Bağ-Kur, Emekli Sandığı)	Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri
Özel Sigorta Şirketleri	Eczaneler
Kendi kendini finanse eden kurumlar	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
Uluslararası Ajanslar	Sivil Toplum Örgütleri
	Kızılay, Vakıflar, Dernekler

**Kaynak:** T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta dönüşüm, 2007, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam . San. Tic. Ltd. Şti.,s.101-102.

Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri giderek artmış ve ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline gelmişlerdir (Tengilimoğlu vd., 2009, s.131). Sağlık sektöründe yer alan özellikle hastanelerin sunduğu hizmet içeriği, insan hayatı ve sağlığı ile ilgisi dolayısıyla diğer hizmet endüstrilerinden farklılaşmaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğu kendilerine sunulan medikal hizmeti gönülsüz almakta olmaları dolayısıyla diğer hizmet sektörlerine göre talep ettikleri hizmet kalitesini algılamaları daha kritik olabilmektedir (Chang vd., 2006, s.757). Bu bölümde sağlık hizmeti sunmada önemli yeri olan hastanelerin genel literatürdeki tanımlarına yer verilmiş olup, sonrasında hastanelerin özellikleri ve sınıflandırılmaları ile ilgili genel bilgiler sunulmuştur.

### 2.3.1. Hastanelerin Tanımı

Sağlık işletmeleri, bireylere veya toplumun geneline yönelik olarak, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan hizmet işletmeleridir (Çoşkun, 2009, s.47). İşlevsel tanımına göre hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009, s.129). Hastane işletmeleri de birer açık sistemdir. Açık sistemin genel özellikleri aynı şekilde hastaneler içinde geçerlidir. Hastanelerin girdileri insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermaye iken, çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunurken, süreç ise planlama, örgütlenme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme faaliyetlerinden oluşmaktadır (Seçim,1991, s.6). Yani, birer açık sistem olarak hastaneler çok geniş bir dış çevre ve diğer sistemlerle etkileşim halindedir ve bu ilişki Şekil 1'de gösterilmektedir. Bu etkileşim ve ilişkilerin en önemli ana başlıkları şu şeklide sıralanabilir (Tengilimoğlu, vd., 2009, s.130):

- Hasta-Hastane İlişkileri: Esas hedefi hastaların ihtiyaçlarına cevap vermek olan hastaneler, hasta ve yakın çevresinin tutum ve davranışları, sağlık alışkanlıkları, toplumun değer yargıları, hastanın bilinç ve eğitim düzeyi, sosyal güvenlik sistemi ve bireylerin harcama güçlerinin etkileri altındadır.
- Dış Çevre: Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hasta davranışlarıyla ilgili olmakla birlikte, dış çevredeki sistemle de etkileşim halindedir. Hastanenin hizmet verdiği toplumdaki sistemler hem hasta davranışını hem de direkt olarak hastane sistemini etkilemektedir. Bu kapsamda, eğitim ve istihdam politikaları, sağlık insan gücü arzını etkilerken; sağlık politikası, sağlıkla ilgili hukuki düzenlemeler ve sosyal güvenlik sistemi, sağlık hizmetlerine olan talebi ve hastane hizmetlerini birçok açıdan etkilemektedir.
- Hastane-Üst Sistem İlişkileri: Genel devlet politikaları, yönetim biçimi, ekonomik ve kültürel gelişmişlik seviyesi, anayasal ve yasal düzenlemeler sağlık

sistemini etkilemekte olup, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası örgütlerin de hastaneler üzerindeki etkisi yadsınamaz düzeydedir.

### **2.3.2. Hastanelerin Özellikleri ve İşlevleri**

Sağlık hizmeti sunma esasına dayanan ve dolayısıyla tıbbi bir kuruluş özelliği taşıyan hastaneler, farklı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlar olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009, s.131). Hastanelerin, misyonlarına göre değişim gösteren işlevleri dörde ayrılmaktadır: Tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırmadır (Kavuncubaşı, 2000, s.76). Hasta ve yaralılara ayaktan veya yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmeti sunmak hastanelerin en eski ve en temel işlevlerinden biridir (Tengilimoğlu vd., 2012, s.181). Hastaneler, tedavi edici, hasta ve yaralılara koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleriyle destek olmanın yanı sıra, alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede etkin rol oynarlar. Aynı zamanda birer eğitim kurumu olarak, hasta ve yaralıların eğitimi, çalışan personelin eğitimi, öğrenci ve asistanların eğitimi, kamuoyunun sağlık yönünde eğitilmesi gibi eğitim faaliyetlerini de yerine getiren hastanelerin bir diğer işlevi de araştırmadır. Bu işlev ile tıp bilimleri alanında araştırmaların yapıldığı merkezler olmanın yanında, bu tür araştırmaların yapılabilmesi için destekleyici çalışmalarda yaparlar.

### **2.3.3. Hastanelerin Sınıflandırılması**

1982 Anayasası ve 1980'li yıllarla birlikte bütün dünyada esmeye başlayan özelleştirmeci yapı Türk sağlık sistemi üzerinde de etkisini göstermiş ve özel sektör hizmet sunucuları da bu hizmet alanı arzcuları olarak ortaya çıkmıştır. Hastaneler çeşitli ölçülere dayalı olarak sınıflandırılabilen ve olup, bu ölçütlerin başında, mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklüğü, hastaların yatış süresi, akreditasyon durumu, dikey bütünleşme basamakları yer almaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s.76). Hastaneler, işlevlerine (hizmet verdikleri alana), finansal kaynaklarının türüne (mülkiyetine), büyüklüklerine (yatak sayılarına), hastaların hastanede kalış sürelerine, vb. birçok niteliğe dayalı olarak sınıflandırılabilir (Tengilimoğlu vd., 2012, s.182). Mülkiyet durumuna göre hastaneler bağlı oldukları kuruma göre bir dağılım gösterirler.

Türkiye'deki hastanelerin 2002-2010 yılları arasında mülkiyet durumlarına göre dağılımları Tablo 3'de gösterilmiştir. Mülkiyet durumuna göre hastaneler devlete bağıllık durumlarına göre üç grupta tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, vd., 2012, s.183-206):

- **Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler:** Devlete doğrudan bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olarak sağlık hizmeti sunan hastanelerdir. Sağlık Bakanlığı'nın politika ve hedeflerine uygun olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi, rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktan sorumludur. Milli Savunma Bakanlığı (MSB) hastaneleri daha çok askeri ihtiyaçlar göz önüne alınarak planlanmış ve toplumsal ihtiyaçlar çerçevesinde sivil vatandaşlara da hizmet vermektedir.
- **Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler:** Sağlık hizmetlerine katkısı oldukça sınırlı olan Belediye hastaneleri ile eğitim ve araştırma hizmetlerinin yanı sıra üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan önemli sağlık kuruluşu olan Üniversite hastaneleri devlete dolaylı bağlı olan hastanelerdir.
- **Özel Hastaneler:** Özel hastaneler, 2219 sayılı "Hususi Hastaneler Kanunu", 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun", "Özel hastaneler tüzüğü ve 27.03.2002 tarihinde çıkarılan ve daha sonra pek çok değişikliğe uğrayan "Özel Hastaneler Yönetmeliği" hükümlerine göre kurulup, işletilebilir. Genel ve dal hastaneleri olarak iki tipte olan özel hastanelerin, organizasyon ve yönetiminde belirli bir format yoktur. Hekim olması zorunlu olan bir mesul müdür, Sağlık Bakanlığı ve sağlık müdürlüğü ile ilgili bütün iş ve işlemlerde birinci dereceden sorumludur. Müteşebbislerin kar amacı güderek şahıs, yabancı ya da azınlıklar tarafından kurulup işletilen hastaneler olan özel hastaneler, amaçlarını kendi güçleri ile gerçekleştirmeye çalışırlar.

Mülkiyet durumlarına göre özel, devlet ve üniversite hastaneleri olarak üç alt grupta değerlendirilen hastanelerin bir diğer sınıflandırma şekli organizasyonel açıdan



büyükliklerine göre sınıflandırılabilirlerdir. Büyükliklerine göre hastaneler 25,50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak Türkiye'deki durum incelendiğinde özellikle özel hastaneler arasında 25 yataktan daha küçük hastanelerin de olduğu görülmektedir. Hastanelerin büyüklüklerine (yatak sayıları) göre dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur. Kamu hastanesi açmak için asgari 50 yatak olması gerekirken en son yapılan özel hastanelerle ilgili yönetmeliğe göre bir sınırlama getirilmiş ve 25'ten az yatak ile sağlık hizmeti sunulamayacağı düzenlemesi yapılmıştır. Hastanelerin, yıllar itibariyle hastane türlerine göre hizmet verimlilik dağılımları Tablo 5.'de gösterilmiştir. Tablo 6'de ise, 2002-2010 yılları arasında gerçekleşen hastane türlerine göre yatak sayısı değişimi yer almaktadır. Ayrıca Tablo 7'de 2002-2010 yılları arasında Türkiye'de yatarak tedavi hizmeti alan hasta sayılarındaki değişim yer almaktadır. 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı, bölgeler bazında 2007-2010 yılları değişimi Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 3

*Türkiye'de Mülkiyet Durumlarına (Türlerine) Göre Hastanelerin Sayısal Dağılımı*

Yıllar	Hastane Türleri				Toplam
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	
2002	774	50	271	45	1.156
2006	767	56	331	46	1.203
2007	848	56	365	46	1.317
2008	847	57	400	48	1.350
2009	834	59	450	49	1.389
2010	843	62	489	61	1.439

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı İstatistiği,2011,[www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), Erişim tarihi: 02.05.2012

Not: Diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır. Karşılaştırılabilir olması amacıyla, 2002 yılı için 120 olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastane sayısı Sağlık Bakanlığı hastane sayısına dâhil edilmiştir.

2002-2010 yılları arasında Türkiye'de sağlık hizmeti sunan devlet, özel ve üniversite hastanelerinin sayısal değişimleri Tablo 3'te yer almaktadır. 2002 yılı

verilerine göre 271 olan özel hastanelerin 2010 yılı verilerine göre 489'a yükseldiği görülmektedir. Mülkiyetlerine göre hastane türleri arasında en büyük artış özel hastanelerin sayısında olmuştur.

Tablo 4

*Türkiye'deki Hastanelerin Büyüklüklerine (Yatak Sayılarına) Göre Dağılımı (2006)*

Yatak Sayısı	Kurum Sayısı	%
800 ve üzeri yatak	30	2.6
600-799 yatak	27	2.3
400-599 yatak	50	4.3
200-399 yatak	134	11.5
100-199 yatak	139	11.9
50-99 yatak	307	26.4
25-49 yatak	307	26.4
25' ten az yatak	138	11.9
Yatak sayısı belli olmayan (yeni açılmış)	32	2.7
Toplam	1164	100.0

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları (SBYTK), 2006 Yılı İstatistik Yıllığı

Tablo 4 incelendiğinde, yatak sayısı 25'ten az olan 138 sağlık kurumunun olduğu görülmekte iken, 800 ve üzeri yatak kapasitesine sahip olan 30 kurum olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 5

*Türkiye’de Hizmet Veren Üniversite, Kamu ve Özel Hastanelerin Verdikleri Hizmetler ve Hizmet Verimliliklerine Göre Dağılımı (2010)*

Ölçütler		Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
		Sayı	Sayı	Sayı	
Kurum sayısı		888	62	489	1.439
Yatak sayısı		136886	35.001	28.063	199.950
Müracaat sayısı		235.172.974	20.098.754	47.712.540	302.984.218
Yatan hasta sayısı		6.361.116	1.509.484	2.757.573	10.528.173
Yatılan gün sayısı		28.193.909	9.317.978	5.410.529	42.922.416
Ameliyat sayısı	A	149.214	86.476	137.749	373.439
	B	681.919	233.111	421.433	1.336.463
	C	1.207.888	256.960	655.977	2.120.825
	D	1.198.316	192.187	324.393	1.714.896
	E	2.421.482	357.332	290.352	3.069.166
	Toplam	5.658.819	1.126.066	1.829.904	8.614.789
Yatak işgal oranı		64,4	72,9	50,8	63,9
Bir hastanın ortalama kalış günü		4,4	6,2	2,0	4,1
Yatak devir hızı (hasta)		53,1	43,1	91,1	57,2
Devir aralığı (gün)		2,4	2,3	2,0	2,3
Yatan hasta oranı (%)		2,7	7,5	5,6	3,5
Kaba ölüm Oranı (%)		13,2	22,9	8,7	13,5

Kaynak: www.saglik.gov.tr, 2010 yılı İstatistikler yılığı, Erişim tarihi: 02.05.2012

Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı istatistiklerinden yararlanılarak hazırlanan Tablo 5’de Sağlık Bakanlığı’na doğrudan ve dolaylı bağlı olarak sağlık hizmeti arzı sunan kurumların hastane ve hasta profilleri derlenmiştir. 2010 yılı kayıtları değerlendirildiğinde, 62 üniversite, 489 özel ve 888 Sağlık Bakanlığı kurum hastanesi olmak üzere Türkiye’deki hastane sayısı toplamda 1.439 olarak belirlenmiştir.

Tablo 6

*Türkiye’de Yıllara ve Türlerine Göre Hasta Yatak Sayısı*

Yıllar	Hastane Türleri				Toplam
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	
2010	119.891	35.001	28.063	16.995	199.950
2009	122.354	30.112	25.178	17.905	195.549
2008	119.310	29.912	20.938	17.905	188.065
2007	120.228	30.978	17.397	17.588	186.191
2006	119.328	31.193	14.639	17.691	182.851
2002	102.694	26.341	12.387	18.349	159.771

Kaynak: [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), Erişim tarihi, 02.05.2012

Not: Diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır. Karşılaştırılabilir olması amacıyla 2002 yılı için 28.979 olan Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin yatak sayısı Sağlık Bakanlığı yatak sayısına dâhil edilmiştir.

Tablo 6’da yıllara ve hastane türlerine göre hasta yatak sayısı verilmiştir. Tabloya göre, 2002 yılında toplam yatak sayısı 159.771 iken, 2010 yılında bu sayı 199.950’e yükselmiştir. Hasta yatak sayısında en büyük artışın özel hastanelerde olduğu görülmektedir. 2002 yılında, 12.387 olan yatak sayısı, 2010 yılında 28.063’e yükselmiştir.

Tablo 7

*Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı*

Yıllar				Toplam
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	
2002	4.169.779	781.990	556.494	5.508.263
2006	5.303.347	1.165.277	1.220.176	7.688.800
2007	5.674.935	1.262.973	1.782.381	8.720.289
2008	5.959.585	1.386.449	2.338.211	9.684.245
2009	5.934.978	1.462.690	2.503.992	9.901.660
2010	6.361.116	1.509.484	2.657.573	10.528.173

Kaynak: [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), Erişim tarihi, 02.05.2012

Not: Milli Savunma Bakanlığı (MSB) hastaneleri dâhil değildir. Diğer kamu kuruluşlarına ve yerel idarelere bağlı az sayıda hastane özel hastane içerisinde gösterilmiştir. Karşılaştırılabilir olması amacıyla 2002 yılı için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerine yatan hasta sayısı 1.363.191 olup, Sağlık Bakanlığı hastaneleri yatan hasta sayısına dâhil edilmiştir.

Yıllar ve sektörler itibariyle yatan hasta sayılarındaki değişimler Tablo 2.7’de gösterilmiştir. Tabloya göre, 2002 yılında 5.508.263 olan hasta sayısı, 2010 yılında 10.528.173’e yükselmiş olup, üniversite hastanelerinde 2002 yılına göre 2010 yılı iki kata yakın bir oranda artış göstermiştir. Bunun yanı sıra, 2002 yılında özel hastanelerde 556.494 olan yatan hasta sayısı 2010 yılında 2.657.573’e yükselmiştir.

Tablo 8

*10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, Tüm Bölgeler, 2007- 2010, Türkiye*

<b>Bölgeler</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>
Türkiye	26,4	27,1
Ortadoğu Anadolu	25,1	25,6
Orta Anadolu	24,4	25,9
Kuzeydoğu Anadolu	22,5	25,6
İstanbul	21,1	23,3
Güneydoğu Anadolu	14,8	17,3
Ege	26,4	25,1
Doğu Marmara	23,7	24,1
Doğu Karadeniz	32,3	31,6
Batı Marmara	25,4	25,8
Batı Karadeniz	31,4	28,2
Batı Anadolu	30,1	34
Akdeniz	22,4	22,8

Kaynak: [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), Erişim tarihi, 02.05.2012

Genel olarak değerlendirildiğinde Tablo 8’de yer aldığı şekliyle Türkiye’de kişi başına düşen hastane yatağı sayısı 2007 yılında 26,4 iken 2010 yılında bu değer 27,1’e yükselmiştir. Çukurova Bölgesinde artış 0,4 düzeyinde olmuştur. Dünyada 10 bin kişiyeye düşen hasta yatağı sayısında Türkiye birçok Avrupa ülkesinden ve diğer ülkelerden daha geridedir. Amerika Birleşik Devletlerinde kişi başına düşen yatak sayısı 53, Almanya’da 87, Arjantin’de 48, Avusturya’da 107, Belçika’da 83, Brezilya’da ise 35’dir. (Ceyhan, 2007). Bu durum hala sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmadığını bir göstergesidir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE BAĞLILIK İLİŞKİSİ

Bu bölümde öncelikle araştırmanın temelini oluşturan kalite kavramı ile ilgili genel bilgilerle birlikte sağlık sektöründe hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve bağlılığı ilişkisini incelemek üzere yapılmış çalışmalara yer verilmiştir.

#### 3.1. Kalite Kavramı ve Hizmet Kalitesi

Kalite ve hizmet kalitesi kavramlarının literatüre dayalı olarak açıklanmaları bu başlık altında yapılmıştır.

##### 3.1.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi

Kalite sözcüğü Latince “qualis” kelimesinden köken almakta ve “öyle olmak” anlamına gelmektedir (Uz, 1995, s.49). Çok boyutlu ve geniş kapsamlı bir olgu olması dolayısıyla, kalite için net ve somut bir tanım yapmak zor iken aynı zamanda bu durum farklı tanımları da beraberinde getirmektedir (Avcı ve Sayılır, 2006, s.123). Tüm sektörleri kapsayacak genel bir kalite tanımı yapmanın zorluğu, hizmet sektörü için de geçerlidir (Işık, 2011, s.27). Hizmetlerin çıktı olarak somut bir üründen ziyade bir performans olması dolayısıyla, hizmet firmaları için standart üretim özelliklerini belirleyip uygulayabilmek nadir rastlanılan bir durumdur (Akıncı vd., 2009, s.64). Amerikan Kalite Kontrol Derneği genel olarak kaliteyi “bir ürün veya hizmette bulunan, ifade edilmiş veya ima edilmiş gereksinimleri tatmin etme yeteneğine sahip özellik ve niteliklerin bütünüdür” şeklinde tanımlamıştır (Kotler ve Keller, 2006, s. 146). Genel bir ifadeyle kalite “amaca uygunluk derecesi” (Kobu, 1999, s.471) olarak ifade edilirken, geleneksel anlamda yaklaşıldığında, kalite kavramı standartlara uyum ya da fonksiyonlara uygunluk olarak ele alınmaktadır (Eroğlu, 2004, s.16). Kotler (1997, s.55) kaliteyi, “bir ürün veya hizmetin istenilen ihtiyaçları karşılama kabiliyetlerine bağlı olan bütün özellikleri” olarak tanımlamıştır. Benzer bir tanım 1994 yılında Avrupa standardizasyon komitesi tarafından yapılmış olup, “kalite bir varlığın açık ve gizli ihtiyaçlarını karşılama yeteneğine dayanan tüm özelliklerinin bütünüdür” şeklinde ifade edilmiştir (Helminen, 2000, s..9).

Ovretveit (1992), kaliteyi “yüksek otoriteler ve alıcılar tarafından oluşturulan sınırlamalar ve direktifler dâhilinde, organizasyonlara en düşük maliyetle mal olacak şekilde ve aynı zamanda hizmete en çok ihtiyaç duyanların ihtiyaçlarını en üst düzeyde karşılama yetisi” olarak ifade etmiştir. Ticari terimler sözlüğünde ise kalite, üretim girdisi olarak kullanılmak veya piyasaya sürülmek üzere hazırlanmış bir malın teknolojik, ekonomik değerlendirmeler veya tüketici beğenileri açısından resmi veya gayri resmi şekillerde belirlenen ayırıcı nitelik olarak tanımlanmıştır (Öztürk, 2007, s.150).

İşletmecilik bilimi ile ilgili konularda önemi ve popülerliği giderek artan kalite kavramı ile ilgili tartışmalarla beraber çelişkiler ortaya çıkmakta olup, kavramın anlaşılabilirliği ve algılanması ile ilgili olarak çeşitlenen bu çelişkilerin çözümlenebilmesi tamamen kavramın sürecin içerisinde yer alan iç ve dış müşterilerin beklenti ve algılarına bağlıdır. Bu sonuca paralel olan ve hizmet kalitesi konusunda yapılmış olan bir araştırmada, hizmet kalitesinin üç önemli özelliği şu şekilde ortaya konmuştur (Örs,2007, s.105): i) müşteriler, hizmet kalitesini mamul kalitesinden çok daha zor değerlendirmektedirler, ii) hizmet kalite algıları, müşteri beklentileri ile gerçek hizmet performansının karşılaştırılması sonucu elde edilir, iii) kalite değerlendirmeleri hizmetin süreci ve çıktısı dikkate alınarak yapılır.

Kimi araştırmacılar, hizmet kalitesinin, performans algıları ile beklentilerin kıyaslanmasından (Grönross, 1984, s.36, Parasuraman, vd (1988), kimileri de yalnızca performansa dayalı algılardan ortaya çıktığını (Cronin ve Taylor, 1992) belirtmektedir. Rust ve Oliver (1994)’a göre ise bu kavramlar sübjektiftir ve tüketicinin zihninde oluşur. Hizmet kalitesi teorisinin çıkışı, ürün kalitesi ve müşteri tatmini literatürüne dayanmaktadır.

Sürekli artan rekabet, hizmet işletmelerini, kendilerini farklılaştırmak yoluyla daha karlı yollar aramaya yöneltmiştir. Günümüz işletmeleri için mevcut iş çevresi; artan uluslararası rekabet, yavaş büyüme hızı ve doyuma ulaşmış pazarlar gibi özelliklerden oluşmakta olup, bu koşullarda başarılı olabilmeleri müşterilerine sundukları hizmetin kalite düzeyini arttırmalarına bağlı olarak tanımlanmaktadır (Örs, 2007, s.103-104).

Çağdaş yönetim ile paralel olarak giden kalite kontrol uygulamaları öncelikle Amerika'da istatistiksel kalite kontrolü biçiminde ortaya çıkmış, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra bütün dünyaya yayılmıştır (Tavmergen, 2002, s.15). Son yüzyıl genel olarak değerlendirildiğinde, çağdaş ekonomik düzen içerisinde hizmet sektörünün öneminin giderek yükselen bir ivmeye sahip olduğu göze çarparken, 21. yüzyılın başında gayri safi milli hasıla içinde hizmet sektörünün payının dünya genelinde yaklaşık olarak üçte ikilik bir paya sahip olduğu gözlenmektedir (Kara vd., 2005, s.5). Bu olağanüstü büyüme ile birlikte araştırmacılar geçen yüzyılın son çeyreğinde önemli sayı ve ölçüde araştırmalar yapmışlar ve bu büyümenin sunulan hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiye bağlı olduğuna dikkat çekmişlerdir (Kara vd., 2005, s.5). Üretim sektöründe 1900'lü yılların başından itibaren uygulanmakta ve geliştirilmekte olan kalite uygulamalarına, gelişmiş ülkelerde çalışan nüfusun yaklaşık 2/3'ünün istihdam edilmekte olduğu hizmet sektöründe nispeten daha geç başladığı da görülmektedir (Tavmergen, 2002, s.19).

Oliver'a göre hizmet ve üretim endüstrilerinde müşteri memnuniyetini etkileyen ve müşteriler arasında satın alma niyetini artırma da anahtar faktör olarak kalite yer almaktadır (Oliver, 1980). Özellikle hizmet kalitesi beklenen seviyede olmadığı durumda işletmeler sadece hizmetten memnun olmayan müşterilerini değil; onların olumsuz deneyim ve görüşlerini ileterek etkileyeceği potansiyel müşterilerini de kaybetme korkusu içerisine girmektedirler. Bu görüşü destekleyen bir araştırma Amerika'da 1994 yılında yapılmış olup, "aldığı hizmetten şikâyeti olan müşteriler bu olumsuz deneyimlerini en az 9-10 kişi ile paylaşırken, olumlu deneyimlerini ise en fazla beş kişiye iletmektedir" şeklinde sonuçlanmıştır (Dean ve Evans, 1994, s.9).

1926 yılında Henry Ford tarafından ortaya atılan "Toplam Kalite Yönetimi" (TKY) kavramı özellikle 1950'li yıllarda Japonlar tarafından benimsenmiş olup, 1970'li yıllarda kalite ile ilgili yapılan çalışmalarda daha ön plana çıkmıştır (Yıldırım, 2001, s.34). Uzun dönemde müşterilerin tatmin olmasını başarmayı, kendi personeli ve toplum için yararlar elde etmeyi amaçlayan TKY tüm personelin katılımına dayalı bir yönetim modelidir (Efil, 1995, s.29). Toplam Kalite Yönetimi, özellikle sıfır hata, müşteri odaklı olma ve çalışanların katılımını gerektirmesi nedeniyle insan, insan ilişkileri, hatayı kaynağından yok etmenin önemli olduğu sağlık hizmetleri sektöründe geçerliliği yadsınamayacak bir yönetim felsefesidir (Yılmaz ve Yılmaz, 1999, s.248).



Toplam kalite anlayışının kaliteye yüklemiş olduğu dört temel anlamın derinliği, diğer tanımlamalardan farklılaşmaktadır (Şimşek, 2007, s.50). Bu dört temel anlamdan birincisi, kalite kelimesine elitist bir anlam yükleyen ve kalitenin fiyat ile doğru orantılı olarak yükseldiğini kabul eden ve kalitelinin pahalı olduğunu ve herkesin ulaşamayacağını belirten anlamıdır (Sallis, 2001, s.12-16). İkinci sırada yer alan kalite kavramının tanımında ise, kaliteyi daha önceden belirlenmiş olan standartlar çerçevesinde görelilik olarak ifade etmektedir. Üretim sürecine dayalı olarak kaliteyi tanımlayan üçüncü anlamında ise yine ikinci anlamıyla benzer olarak önceden belirlenmiş bir süreç standardizasyonunu göz önünde bulundurmaktadır. Toplam kalite anlayışını yerleştirmeye yönelik olan dördüncü anlam kaliteye yüklenen ‘müşteri odaklı’ bir kurumsal kültür tarafından desteklenmiş, kaliteyi nitel özellikleriyle yorumlayan müşterinin öznel değerlendirmelerini ve değer yargılarını içine alan bir yaklaşım olarak diğer üçüne göre daha öne çıkmaktadır.

Hizmet sektörünün gelişebilmesinde kilit noktanın kalite olması ve beklenen kalite düzeyine ulaşılmadığı zaman her türlü olumsuz itibarla kurumun yüzleşmek durumunda kalması kalitenin önemini daha da arttırmaktadır.

### **3.1.2 Kalitenin Boyutları ve Bileşenleri**

Günümüz hizmet işletmeleri, pazarda güçlü bir yer elde etmek amacıyla daha yüksek düzeyde kaliteli hizmet sunmaya yönelik stratejiler geliştirmeye çalışmaktadırlar. Pazarlamacılar açısından oldukça önemli olan hizmet kalitesi, hizmet sektörünün ekonomiler içindeki payı yükseldikçe daha da öne çıkmaktadır (Örs, 2007, s.104).

#### **3.1.2.1. Kalitenin Boyutları**

Toplumda genel olarak kaliteye karşı ilginin artmasında rol oynayan faktörlerin başında tüketici bilinci ve beklentisindeki değişiklikler gelirken bu değişkeni teknolojik değişiklikler ve rekabet ortamındaki değişimlerden kaynaklanmaktadır (Lewis, 1989, s.4-12). Kalite çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilmektedir (Sower vd., 2001, s.49). Bu alanda çalışmalar yapmış olan farklı bilim adamlarının bakış açılarıyla ele alınan kalite boyutları sınıflandırılmıştır. Buna göre;

-Garvin 1987 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, ürün ve hizmetlerin kalite boyutları olarak performans, özellik, güvenilirlik, uygunluk, dayanıklılık, elverişlilik, estetik ve algılanan kalite boyutlarını belirlemiştir (Garvin,1987). Garvin tarafından 1987 yılında geliştirilen bu sekiz kalite boyutunun, hem ürün hem de hizmetlerin kalitesini ölçmek için kullanılabileceğini Chakrapani (1998) ve Stevenson (1999) yapmış oldukları çalışmalarla da desteklemişlerdir. Ancak bu boyutları hizmet sektöründe kullananların kalite ölçümü sırasında ürün ve hizmetlerin farklı özelliklere sahip olması dolayısıyla güçlüklerle karşılaştıkları da yapılan çalışmalarda görülmüştür.

-Evans ve Lindsay (1999) hizmet kalitesi ölçümü için sekiz alt boyut geliştirmiştir. Bunlar; zaman, zamanlılık, nezaket, tutarlılık, erişilebilirlik, uygunluk, doğruluk ve yanıt vermedir. Bu boyutlar Garvin tarafından 1987 yılında geliştirilen modelin gelişmiş bir temsil olarak anılmakta olup bu boyutların geçerliliği ile ilgili bir araştırma yapılmamıştır (Sower vd, 2001).

-Parasuraman vd. (1988) tarafından geliştirilen ve SERVQUAL olarak adlandırılan hizmet kalitesi modelinde yer alan boyutlar, somutluk, güvenilirlik, yanıt verme, güven ve empati'dir. Parasuraman vd. tarafından hizmet kalitesi ölçümü için geliştirilen bu boyutların, Sağlık sektörü haricinde birçok hizmet endüstrisinde (bankalar, kredi kuruluşlar, tamir bakım hizmetleri vb.) test edilerek geçerliliği sağlanmıştır (Parasuraman, vd.,1988)

-Chakrapani (1998) diğer kuramcılara göre iki boyuta sahip daha basit bir model geliştirmiştir. Bu modelde yer alan boyutlar ise, hizmet veya ürün ile ilgili olarak güvenilirlik-desteklemek ve beklentileri aşmaktır. Diğer çok boyutlu modellere göre daha genel ve basit olması dolayısıyla bu modelin uygulanabilme aşamasında belirli bir işletmeye uygulanabilme kısıdı ortadan kalkmaktadır.

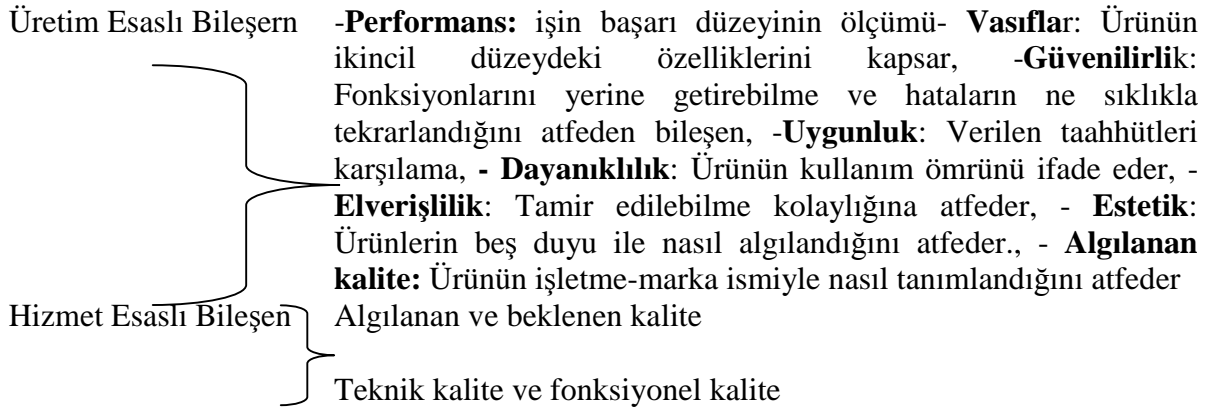
-Coddington ve Moore (1987) sağlık hizmeti sunan kurumlarda kaliteyi müşteri gözüyle değerlendirilmiş ve beş boyut altında toplamıştır: Yakınlık/ilgilenmek/alakadar olmak, sağlık personeli, teknolojik alt yapı, uzmanlık/ hizmetlerin kullanılabilirliği ve çıktılar.

-Coddington ve Moore'ın geliştirmiş olduğu sağlık hizmeti kalite alt boyutlarından yola çıkarak Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sağlama birliği (JCAHO) 1996 yılında sağlık

hizmetlerinde kalite boyutlarını dokuz alt başlık altında toplamıştır: Etkinlik, uygunluk, verimlilik, ilgi ve alaka, güvenlik, devamlılık, etkililik, zamanlılık ve kullanılabilirlik.

### 3.1.2.2 Kalite Bileşenleri

Kalite bileşenleri özellikle seksenli yıllardan sonra öne çıkmakta olup, birçok kuramcı ve uygulamacı tarafından farklı bakış açılarından değerlendirilmeye alınmıştır. David Garvin'in (1987), Amerikan ve Japon sanayi işletmelerinde yapmış olduğu çalışmalar sonucunda üretim esaslı bileşen olarak adlandırılan sekiz alt boyut tanımlamıştır (Garvin, 1987): performans, nitelik-vasıflar, güvenilirlik, uygunluk, dayanıklılık, elverişlilik, estetik ve algılanan kalite. Parasuraman vd, (1984, 1988) Berry vd., (1990) ve Grönroos (1984) tarafından yapılan çalışmalarla ortaya çıkarılan hizmet esaslı bileşenler açısından değerlendirilmeye alınmaktadır (Parasuraman vd.,1988; 1984; Berry vd., 1990 ve Grönroos, 1984).



Şekil 2. Kalite Bileşenleri

**Kaynak:** GRönroos, Christian, “A Service Quality Model and Its Marketing Implications”, European Journal of Marketing, 18 (4), 1984, 40; Örs,H., (Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite, *Gazi Kitabevi*,Baran Ofset, 2007, Ankara.

Şekil 2.'de yer alan üretim esaslı bileşenler performans, nitelik-vasıflar, güvenilirlik, uygunluk, dayanıklılık, elverişlilik, estetik ve algılanan kalite olarak belirlenmiştir. Kalitenin hizmet esaslı bileşenleri başlığı altında ise 2 grup görülmektedir. Hizmetlerin bir performans olarak ifade edilmesi dolayısıyla, performans türlerine göre farklı kalite bileşenleri öne çıkmaktadır. Algılanan ve

beklenen kalite bileşeninde özellikle Parasuraman vd. (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL tekniği kullanılmakta olup, müşterinin algıladığı kalite, hizmeti almadan önceki kalite beklentileri ile hizmeti aldıktan sonraki deneyimleri arasındaki farkı ifade eder. Eğer bu fark pozitif ise müşteri memnundur; negatif ise müşteri memnuniyetsizliği ortaya çıkmaktadır. Hizmet esaslı bileşen altında yer alan bir diğer boyut ise hizmetin kalite performansının, teknik (ne) ve fonksiyonel (nasıl) açıdan değerlendirilmesinden oluşur. Müşteri, sadece üretim sürecini sonucuyla değil aynı zamanda üretim sürecinin kendisiyle de ilgilenir (Örs, 2007, s.113).

### 3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD’de her yıl yaklaşık seksen bin kişinin tıbbi özensizlik/dikkatsizlik sonucu öldüğü tespit edilmiştir (Brashier vd. 1996, s.31). Dikkatsizlikler dolayısıyla hastalarda kötü sonuçlar ortaya çıkabileceği gibi sağlık işletmelerinde kötü bakımın parasal maliyeti de yüksek olacaktır. Günümüzde artan rekabet koşulları dolayısıyla, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve ölçülebilmesi işletmelerin büyümelerinde ve etkinliklerini arttırmalarında en önemli konular arasında yer almaktadır (Chakraborty ve Majumdar, 2011, s.150). Somut ürünlerin kalitesinden farklılık gösteren soyut ürünlerin, yani hizmetlerin kalitesini ölçmek ve değerlendirmek üst düzeyde hassasiyet gerektirmektedir (Işık, 2011, s.29). Bunun en belirgin nedeni hizmetlerin çıktı olarak somut bir üründen ziyade bir performans olması dolayısıyla, hizmet firmaları için standart üretim özelliklerini belirleyip uygulayabilmek nadir bir durumdur (Akıncı vd., 2009, s.64).

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Cerrah Ernest Codman tarafından ABD’de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistikî çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir (Öksüz, 2010, s.29). Bu uygulamayla Codman, teşhisin doğruluğunu, ameliyatın başarısını, tedavinin sağladığı faydaları ve yan etkileri incelemiş, aynı zamanda hizmet verenlerin yeterliliğinin bakım kalitesinin tek belirleyicisi olmadığını ileri sürmüştü ve doktorlar ve hastane tarafından verilen klinik bakımın hem sürecini hem de sonuçlarını izlemiştir (Esatoğlu, 1997, s.6; Öksüz, 2010, s.29-30). Codman’ın bu girişimleri, 1915 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği’ni (The Amerikan Collage of Surgeons, ACS) Hastane Standardizasyon Programı geliştirmek

üzere harekete geçirmiştir (Esatoğlu, 1997, s.7). Hastane Standardizasyon Programı'nda akredite edilmek isteyen hastanelere, kayıt sistemlerini, kontrol edilmesi için ACS'ye sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. 1952'de ACS, AHA (American Hospital Association- Amerikan Hastaneler Birliği), AMA (American Medical Association-Amerikan Tıp Birliği) ile ve birleşerek, Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) kuruluşunu oluşturmuşlardır (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000, s.16; Yıldırım, 1998, s.53; Öksüz, 2010, s.31). Amerika'da özellikle, JCAH'ın hastaneleri akredite eden bir kurum olarak ortaya çıkması, tıbbi kayıtların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Tıbbi kayıtlar olarak adlandırılan hasta, temsilci ve müşteri kayıtlarını JCAH'ın belirlediği standartlarda hazırlayamayan sağlık kuruluşlarının akredite edilmemesi, tıbbi kayıtları anahtar standart haline getirmiştir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000, s.16; Öksüz, 2010, s.31). Hastanelerin, gelişmelerin ardından daha fazla hasta çekmek ve dolayısıyla kârlarını arttırmak amacıyla bu tür oluşumlara yöneldikleri açıkça görülmüştür (Esatoğlu, 1997, s. 6-7).

Hizmet sunum sürecindeki işlemlerin kişinin bedenine yönelik olması, sağlık hizmetinde beklenen kalite seviyesinin önemine daha da dikkat çekmektedir. Ödediği ücret karşılığında beklediği değer ve özelliğe sahip hizmet görmeyi bekleyen hasta (müşteri), aradığı kalitede hizmete ulaşamayınca, kolayca hayal kırıklığına düşmekte ve olumsuz fikirlerini belirli düzeyde başkalarına aktarabilmektedir. Hastalar, tek bir kurum altında toplanan sağlık sigortaları sayesinde hastane türüne göre eskiye nazaran daha az bir ücret ödeyerek özel ya da kamu hastanesinde tedavi görebilmektedirler. Hastanelerin çeşitlenmesi kurumlar arası rekabet seviyesini de yükseltmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite tanımları yapılırken çoğunluk çalışmalarda atıf alan üç önemli tanımlı Donabedian, Amerikan Tabipler Birliği ve ABD Tıp Enstitüsü yapmıştır (Işık, 2011, s.30): 1984 yılında Amerikan Tabipler Birliği tarafından yapılan ve yine çok fazla atıf alan tanıma göre kalite, “yaşam boyu kalitenin korunması veya geliştirilmesine sürekli olarak katkıda bulunan hizmet’ olarak ifade edilmiştir. (Işık, 2011, s.30). Sürekli olarak uygun hasta sonuçları ile ilgili olan hizmeti esas alan bu tanımda, hasta sonucunu etkileyebilecek olan hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam koşulları vb gibi diğer değişkenler, uygun şekilde ölçülüp etkisiz hale getirildikten sonra hastanın elde ettiği sonucun, sağlık profesyonellerinin kendi becerileri ile hastanın yararına teknolojinin kullanımını birleştirmelerinin etkililik derecesi kaliteyi ortaya çıkarmaktadır (Kaya, 2005,s. 14).

Bir diğerk tanım ise, ABD Tıp Enstitüsü tarafından 1990 yılında önerilmiş olup, en çok kabul gören tanımlar arasında yer almaktadır. Bu tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite: “Bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve mevcut profesyonel bilgiyle uyum derecesi” olarak belirtilmiştir (Işık, 2011, s.30).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren Donabedian (1992, s.22)’a göre ise, sağlık hizmetlerinde kalite, açıklanması imkansızca yakın bir kavram olup, “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazanç ve kayıplar dengesi dikkate alındıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlanabilmektedir. Avedis Donabedian kaliteyi teknik, kişilerarası iletişim ve hizmetin konforu yönü olmak üzere üç bakış açısından değerlendirmiştir. Tıbbi bilim ve bilginin bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığı teknik yönü iken, hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin yardımsever, dostça, nazik vb özelliklere sahipliğini ortaya çıkaran bakış açısı, kişilerarası iletişim olarak tanımlanmaktadır (Donabedian, 1988). Hizmetin konfor yönü ise, hastane ortamında sunulan imkânlar ve bu imkânlığın rahatlığı açısından değerlendirilmektedir (Varinli ve Çakır, 2004, s.34-35).

Sağlık hizmetlerinde kalite tanımı yapmak, genel olarak hizmet sektörüne oranla daha güç bir iştir. Sağlık hizmeti sunumunda sürecin içerisine dâhil olan dış müşterilerin (hastalar, refakatçiler, vb.) beklenen kalitenin sağlanması durumunda hastaneler (özel, devlet ve üniversite) hem rekabet güçleri hem de pazarlama faaliyetleri açısından avantaj sağlamış olacaklardır. Türkiye’de Sağlık hizmeti sunumunda da önemli yere sahip olan kalite olgusunun önemi özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile daha da önem kazanmaya başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) çerçevesinde hastane ve doktor seçme hakkına sahip olan hastalar, artık bu rekabet düzeni içerisinde yer edinmeye çalışan sağlık kurumlarından hizmet almaktadırlar. Sayıları giderek artan özel hastaneler ile çeşitli kalite belgeleri alarak kaliteli sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirdiklerinin ispatına giden kamu hastaneleri bu durumun öneminin güzel bir göstergesidir.

### 3.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları

Farklı insanlara farklı düşünceler veya farklı anlamlar ifade eden kalite kavramı, bir hastane sistemine göre, hizmet verilen toplumun, hizmeti satın alanların, çalışanların, hekimlerin ve hastaların beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak için verilen hizmetlerde devamlı geliştirmeyi (iyileştirmeyi) içermektedir (Işık, 2011, s.31). Sağlıkta kalitenin bugün ulaştığı yer sürekli kalite iyileştirme olarak ifade edilirken, günümüzde kalite sağlamanın esası da “kalitesizliğin önlenmesi” olup, hata oluşumunu önleyici şekilde üretim sürecinde kaliteyi etkileyen tüm faaliyetler üzerinde kontrolün geliştirilmesine dayanmaktadır (Pakdil, 2007, s.39). Önceki çalışmalar incelendiğinde hizmet kalitesi ile ilgili alt boyutların çoğunu içine almasına rağmen müşterinin hasta olmasına bağlı geliştirilen çeşitli boyutlarla birlikte ele alınan sağlık hizmetlerinde kalite boyutlarına yönelik önerilen modeller ve boyutları şöyle sıralanabilmektedir (Pakdil, 2007, s.39):

- Chakrapani'nin geliştirdiği iki boyut, (1998, s.132): Hizmet Güvenilirliği/desteği ve beklentileri aşma,
- Evans ve Lindsay'in geliştirdiği yedi boyut (1999, s.52): Zaman, Bütünlük, Nezaket, Tutarlılık, Ulaşılabilirlik ve Uygunluk, Doğruluk ve Sorumluluk.
- Parasuraman ve diğerlerinin geliştirdiği beş boyut (1990, s.25): Dokunulmazlık, Sorumluluk, Güvenlik, Empati ve Güvenilirlik.
- Palmer'in geliştirdiği altı boyut: (Palmer, 1997, s.306): Bakıma ulaşılabilirlik, doğru teşhisin konması, tedavinin uygulanması, hastanın eğitilmesi, hastalıkları izleme, hastalıkları önleme.
- Coddington'un ve Moore (1987) geliştirdiği beş boyut: Yakınlık/ilgilenmek/alakadar olmak, sağlık personeli, teknolojik alt yapı, uzmanlık hizmetlerinin kullanılabilirliği ve çıktıları.
- Sower ve arkadaşlarının geliştirdiği sekiz boyut (Sower vd, 2001, s.50): Saygı ve bakım, etkililik, süreklilik, uygunluk, bilgi, verimlilik, ilk izlenim, çalışan farklılığı.

- JCAHO tarafından geliştirilen dokuz boyut, (JCAHO,1994): Fayda, doğruluk ve uygunluk, ulaşılabilme, süreklilik, etkililik, etkinlik, saygı ve bakım, güven ve dakiklik.
- Maxwell'in geliştirdiği beş boyut (Brannan,1998): Ulaşabilirlik, ihtiyaçlara uygunluk, etkililik, adillik, sosyal kabul edilebilirlik.
- Jun, Peterson ve Zsidien'nin geliştirdiği on bir boyut (Jun vd.,1998, s.85): Elle tutulurluk, güvenilirlik, sorumluluk, yeterlilik, nezaket, iletişim, ulaşım, bakım, hasta çıktıları, hastanın anlaşılması ve işbirliği.
- Çoruh tarafından geliştirilen on üç boyut (Çoruh,1994, s.116): Bilgilendirme, hastayı eğitme, hizmete kolay ulaşma, güvenli hizmet, seçme hakkı sağlama, gizlilik, güven, karar vermeye yardım, hizmeti geliştirme, rahatlık sağlama, saygı gösterme, düzenli olma ve süreklilik.
- Bowers ve diğerleri tarafından geliştirilen on iki boyut ( Bowers vd.,1994, s.53): Elle tutulurluk, güvenilirlik, sorumluluk, yeterlilik, nezaket, iletişim, ulaşım, dürüstlük, güvenlik, bakım, hasta çıktıları ve müşteriye anlama ve bilme.

Sağlık sektöründe hizmet kalitesi alt boyutlarıyla ilişkili yapılmış olan bazı çalışmalar Tablo 9'da verilmiştir.



Tablo 9

*Sağlık Sektöründe Kullanılan Hizmet Kalitesi Boyutlarıyla İlgili Yapılmış Bazı Çalışmalar*

<b>Hizmet Kal. Boy.</b>	<b>Yazar ve Kuramcılar</b>
Fiziksel faaliyetler	Chapko vd.(1985), Hall ve Dornan (1990),Carman (1990), Kleinsorge ve Koeing (1991), John (1992), Lytle ve Mokwa (1992), Mowen vd.,(1993), Headley ve Millar (1993), Wallbridge ve Delene (1993), Vandamme ve Leunis (1993), ve Tomes ve Ng (1995).
Kaynaklar	Nelson ve Goldstein (1989), Elbeck (1992), Roth ve Amoroso (1993), Yasin ve Green (1995).
Giriş	Nelson ve Goldstein (1989), Woodsite vd. (1989), Nelson vd. (1992), Bell vd.(1997).
Taburcu olma	Nelson ve Goldstein (1989), Woodsite vd. (1989), Elbeck (1992), Nelson vd. (1992), Heflinger vd. (1996).
Maliyet	Lim ve Zallocco (1988), Hall ve Dornan (1990), Travis vd. (1989), Carman (1990), Gilbert vd. (1992), Roth ve Amoroso (1993), ve Janda vd.(1996).
Güvence	Feletti vd.(1986), Hensel ve Baumgarten (1988), Nelson ve Goldstein (1989), John (1991), Elbeck (1992), Schlegelmilch vd.(1992), Bowen vd. (1993), Bowers vd.(1994), Andrzejewski ve Laguna (1997).
Ulaşım-ulaşmak	Ware ve Sydner (1975), Chapko vd. (1985), Mackeigan ve Larson (1989), Hall ve Dornan (1990), Carman (1990), Witty (1992), Self ve Sheerer (1996), Rao ve Keller (1997).
Empati	Travis vd.(1989), Nelson ve Goldstein (1989), Dawson (1989), Hall ve Dornan (1990), Reidenbach ve Sandifer-Smallwood (1990), Kleinsorge ve Koeing (1991), Elbeck (1992), Thompson ve Kaminski (1991), Headley ve Miller (1993), Walbridge ve Delene (1993), Ostasiewskive Fugate (1994), Tomes ve Ng (1995), Janda vd. (1996), Rutledge ve Nascimento (1996), Rao ve Keller (1997).
Güvenilirlik	Mackeigan ve Larson (1989), Hall ve Dornan (1990), Carman (1990), John (1991), Gilbert vd. (1992), John (1992), Thompson ve Kaminski (1993), Headley ve Millar (1993), ve Bowers vd. (1994).
Cevap verebilirlik	Kazemek ve Peterson (1987), Dolinsky ve Caputo (1990), Reidenbach ve Sandifer-Smallwood (1990), John (1991), Hurst (1992), Mowen vd. (1993), Thompson ve Kaminski (1993), Walbridge ve Delene (1993), Bowers vd. (1994), Venkatapparao ve Pradeep (1995), Mack vd. (1995), Andrzejewski ve Laguna (1997), Dansky ve Miles (1997), ve Rao ve Keller (1997).
Yiyecek	Woodside vd.,(1989), Carman (1990), Kleinsorge ve Koeing (1991), Witty (1992), Betty vd. (1997).
Süreklilik	Ware ve Snyder (1975), Chapko vd. (1985), Hall ve Dornan (1990)

**Kaynak:** Clemes,Michael D., Ozanne, Lucie, K., Laurensen, Walter,R., “*Patients’ Perceptions of Service Quality Dimensions: An Empirical Examination of Health Care in New Zeland*”, Health Marketing Quarterly, 2001,Vol.19 (1) , s.1-22.

### 3.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Kalite Ölçüm Modelleri

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması olarak ifade edilir (Işık, 2011, s.30). Gelişen dünyada işletmeler rekabet avantajı sağlayabilmek açısından çok çaba sarf etmektedirler. Önemi giderek artan hizmet işletmeleri de başarılı olmak ve çetin rekabet koşullarında varlıklarını devam ettirebilmek açısından bu bağlamda kaliteli hizmet anlayışına yönelmek durumunda kalmışlardır (Ersöz vd.,2009, s.19). İmalat sektöründe kullanılan kalite yaklaşımlarının hizmet sektöründe de uygulanabilirliğiyle ilgili olarak yapılan ilk çalışmalardan sonra hizmetlerin, insanların algıları ile değer kazanan soyut bir kavram olmasından kaynaklı sıkıntılar yaşanılmıştır. Bu nedenle, hizmetlerin iyileştirilmesinde ölçüt olarak müşterinin algı şekillerinin ne olduğu ve ne tür faktörlerin bu algıya etki ettiği hususunun önemi ortaya çıkmıştır.

Tüm dünyada gelişme kaydeden hizmet sektörünün gelişebilmesi açısından özellikle seksenli ve doksanlı yıllarda akademik anlamda birçok kalite modeli oluşturulmuştur. Bunlar arasında bazıları yaygın uygulama alanına sahip iken bazıları ise sektörel bazda kalmıştır (Ersöz vd., 2009, s.20). Hizmet kalitesinin ölçümü- hizmetlerin soyut olma, üretim ve tüketimin eş zamanlı olması gibi nitelikleri gereği, somut ürün kalitesinin ölçümünden daha karmaşık olmakta ve farklı hizmet kalitesi modelleri gerektirmektedir (Gürbüz ve Ergülen, 2006, s.173). Calnan ve Williams (1995)’da çalışmalarında, hastanın hastane hizmet kalite algısını oluşturmada en önemli etkeni hizmet kalitesi olarak belirlemişlerdir.

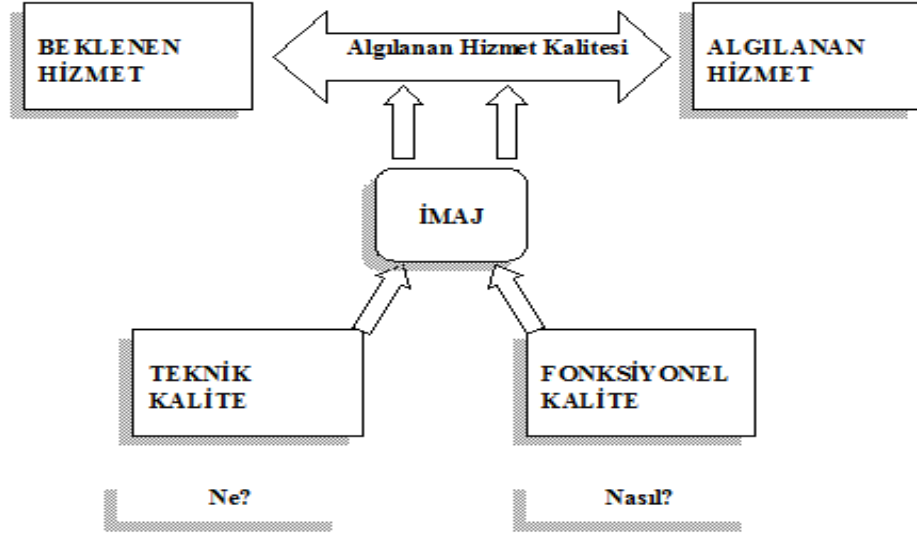
Hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin ilk model Grönroos (1984) tarafından geliştirilen “Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli” dir. Daha sonra Parasuraman, Zeithaml ve Berry, (1988) tarafından SERVQUAL ve Cronin ve Taylor (1992) tarafından hizmet kalitesi ölçümünde sadece müşteri algılarını esas alan SERVPERF modeli geliştirilmiştir. Bu üç temel ölçüm modeline ek olarak, son zamanlarda müşterilerin hizmet satın alırken karşılaştıkları en olumlu ya da en olumsuz olayları hikâye etmelerini esas alan bir model olarak 1954 yılında Flanagan tarafından geliştirilen “Kritik Olaylar Tekniği” de hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan modeller arasına girmiştir. Aşağıda hizmet sektörü için geliştirilen ve sağlık hizmetlerinde de uygulama alanı bulan kalite ölçüm modelleri ve

bu ölçüm modelleri kullanılarak sağlık sektöründe gerçekleştirilen bazı araştırmalara yer verilmiştir.

### **3.2.2.1. Algılanan Hizmet Kalitesi (GRÖNROOS) Modeli**

Hizmet kalitesi tanım ve tarifi ile ilgili olarak ilk girişimler teknik kalite (ne yapılıyor) ve fonksiyonel kalite (nasıl yapılıyor) arasındaki farklılıkları ortaya çıkaran Grönroos tarafından 1983 yılında ortaya çıkarılmıştır (Boshoff ve Gray, 2004, s.27). Hizmet sunum sürecinde teknik kalite ile tüketicinin hizmet sunumundan ne anladığı boyutu öne çıkarken, fonksiyonel kalitede ise, tüketicinin teknik kaliteyi nasıl aldığı sorusu dikkat çekmektedir (Grönroos, 1984, s.37). Kalite ölçümüyle ilgili olarak ilk ortaya atılan modellerden olan ve 1983 yılında ortaya atılan Grönroos hizmet kalitesi modeli, daha sonra Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından (1985, s.42) geliştirilmiştir. Bu modelde, Parasuraman ve diğerleri (1985), hizmet kalitesinin bütününe anlayabilmek için, müşterinin beklediği ve algıladığı hizmet kalitesinin birbiriyle mukayese edilmesi sonucu hizmetin gerçek performansının ortaya çıkacağından bahsetmişlerdir. Teknik ve fonksiyonel kalite boyutları birbirleriyle ilişki içerisinde olup, teknik kalite başarılı bir fonksiyonel kalite için ön gereklilik olarak tanımlanmaktadır (Gürbüz ve Ergülen, 2006, s.180). Grönroos kalite modelinde üçüncü bir değişken olarak tüketicilerin organizasyonu nasıl algıladıklarının bir sonucu olan ve teknik kalite ile fonksiyonel kalite tarafından oluşturulduğu ifade edilen ve kaliteyi algılamada müşterilerin zihninde bir süzgeç görevi gören organizasyon imajı yer almaktadır (Gürbüz ve Ergülen, 2006, s.178; Kang ve James, 2004, s.267). İmajın pozitif ve negatif olması müşteri zihninde kurumla ilgili olarak bir algının oluşmasına yardımcı olacaktır. Buna göre imaj negatif ise, herhangi bir hatanın etkisi müşterinin zihninde uzun süre kalacak; imaj pozitif ise tam tersi bir durum söz konusu olacaktır. Yani müşterilerin zihninde bir hizmet sunumu iyi ise küçük hatalar affedilecek ve olumlu bir imaj ile kalite iyi olarak algılanılacaktır. Kalitenin algısında teknik boyut objektif olarak değerlendirilebilirken, fonksiyonel boyut ise daha subjektif olarak değerlendirilmektedir (Örs, 2007, s.115). 1984 yılında modeli geliştiren Christian Grönroos (1984, s.40) hizmetlerin kalitesini; teknik kalite, işlevsel kalite ve firma imajı olarak belirlediği üç bileşende toplamıştır. Grönroos tarafından geliştirilen Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli Şekil 3. te gösterilmiştir.

Grönroos tarafından geliştirilen bu model uygulamada çok fazla yer bulmasa da hizmetin değerlendirilebilmesi açısından birçok pazarlamacı tarafından bir çıkış noktası olarak kabul edilmiştir (Woodall, 2001, s.595).



**Şekil 3. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli**

**Kaynak:** Grönroos, Christian, “A Service Quality Model and Its Marketing Implications”, European Journal of Marketing, 18 (4), 1984, 40.

Sağlık hizmetlerinde kalite bu modeldeki gibi iki boyutludur. Sağlık hizmetleri açısından fonksiyonel kalite, sağlık hizmetleri sunucularının tutumları sonucunda oluşurken, karşılık, teknik kalite tıbbi tanı ve prosedürlerin doğruluğu sonucunda oluşur ve hasta veya müşterilerden ziyade bu alandaki profesyoneller tarafından anlaşılabilir (Bopp, 1990, s.6). Teknik kalite içeriği ve niteliği dolayısıyla çok fazla hasta tarafından anlamlandırılmaz. Bu yüzden hastalar algıladıkları hizmetin kalitesini daha çok fonksiyonel açıdan değerlendirebilirler (Işık, 2011, s.34-35). Sağlık profesyonelleri, sağlık hizmetlerini öncelikle teknik koşullar altında değerlendirmesine karşılık, sağlık hizmeti tüketicileri için çoğu zaman bu koşullardan daha farklı kriterler kullanılabilir. Sağlık hizmeti tüketicileri, hizmetlerin dağıtımında, hizmetten bekledikleri faydalar ve değerler gibi teknik olmayan bileşenlere önem verebilirler. Bu faydalar içerisinde ise, hizmetlere kolay erişebilme, çalışanlarla etkili iletişim kurabilme, fiziksel konfor, hoş görünüm gibi tüketicinin sağlık hizmetlerinden beklediği arzular yer almaktadır (Işık, 2011, s. 36).

### 3.2.2.2. SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli

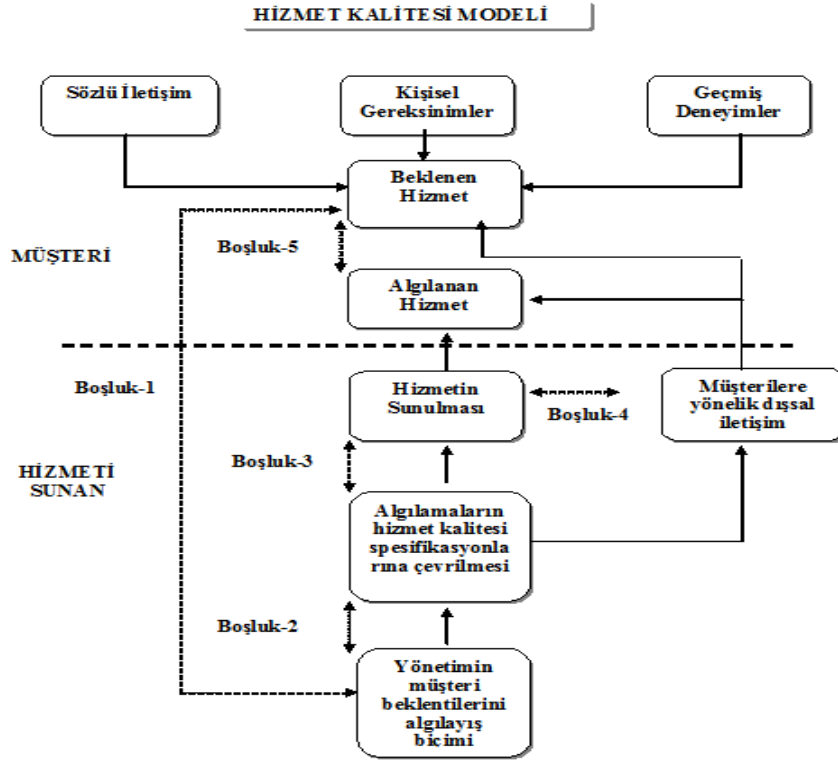
Parasuraman, Zeithaml ve Berry hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir bakış açısı getirebilmek ve kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek amacıyla hizmet sektörü yöneticileri ve müşterilerini kapsayan keşfedici araştırmalara girmişlerdir (Parasuraman vd., 1985,1988,1994). Yaptıkları araştırmalarda, hizmet kalitesinin boşluklarını tanımlamışlar ve bu boşlukların doldurulması ile ilgili uygulama ve yorumlar yapmışlardır. Hizmet kalitesi kavramı ile bütünleşmiş olarak algılanan ve etkili bir model olan SERVQUAL (Woodall, 2001, s.595), Parasuraman ve diğerleri tarafından ilk olarak 1985'te oluşturulmuş olmasına rağmen sonrasında yapılan çalışmalarla, 1988'de son şeklini almıştır. SERVQUAL ölçüm yönteminin ortaya çıkmasının başlangıcında, Zeithaml, Parasuraman ve Berry tarafından 1985 yılında hizmet kalitesi üzerine yapılan araştırmalar sonucunda müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirirken yararlandıkları 10 kriter bulunmuştur: “nezaket”, “somutluk”, “güvenilirlik”, “cevap verebilme”, “yetkinlik”, “tutarlılık”, “güvenlik”, “iletişim”, “müşteriyi anlamak” ve “erişim”. Model, Şekil. 4'de yer alırken, SERVQUAL hizmet kalitesinin boyutları Tablo 10'da gösterilmiştir. Parasuraman vd. tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği sağlık sektöründe, sağlık hizmetleri kalitesinin müşteri algısıyla ölçülmesine yönelik birçok çalışmada kullanılmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları aşağıda kısaca açıklanmıştır.

- Brown ve Swartz (1989, s.95), özellikle hekim-hasta ilişkisini ele alarak ortaya koydukları çalışmalarında "profesyonel güvenilirlik", "mesleki yeterlilik" ve "iletişim" in hem hekimlerin hem de hastaların hizmet kalitesi değerlendirmelerinde önemli faktörler olarak belirlenmiştir.
- Gabbott ve Hogg (1994, s.30), birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda doktorlar ve yaklaşımları hakkında 594 hastayla bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmaya göre hasta tatminini etkileyen altı faktör vardır. Bu faktörler, servis çeşitliliği (örneğin özürlüler için uzmanlar, tesisler gibi); empati (danışma memurunun tavrı, hasta bakıcı tutumu, ev ziyaretleri gibi); fiziksel erişim (park alanı, toplu taşıma araçları ile erişim, randevu zamanının uygunluğu gibi); doktor özelliği (yaş, cinsiyet, doktor sayısı gibi); hizmet alınan yerin görünümü (bekleme odasının fiziksel durumu, dekorasyon gibi); cevap verebilirlik

(doktorla geçirilen zaman ve bekleme odasında geçirilen zaman) başlıkları altında toplanmaktadır.

- Morrison, Murphy, ve Nalder ölçeği, 2003 yılında Avustralya’da 1297 hastaya uygulamışlardır.. Bu çalışmada, kişilerin pratisyen hekim hizmetlerini tercih etmelerinde etkisi olan, iletişim, doktor-hasta ilişkisi, aynı cinsiyetteki hastalar, tavsiye ve verilen kararlarda hastaların güçlendirilmesi gibi beş ana hizmet niteliği tanımlanmıştır.
- Kilbourne, Duffy, Duffy ve Girarchy, (2004)’nin Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere’yi kapsayan çalışmalarında, SERVQUAL ölçeğinin kullanılabilirliği ortaya konulmuş olup, SERVQUAL’in hizmet kalite boyutlarından, somutluk, cevap verebilirlik, güvenilirlik ve empati boyutlarını içerdiği sonucuna varılmıştır.
- Rohini ve Mahadevappa tarafından 2006 yılında Bangalore’de beş hastanede toplam 500 hasta üzerinde, hastanelerin hizmet kalite boyutlarının hastaların beklentilerini ne kadar karşıladığı, hasta beklentilerini yönetimin algılama düzeyini ve kalite boyutlarının hastalara göre önem derecelerinin araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesini maddi varlıklar, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güvence ve empati açısından tanımladıkları ortaya konulmuştur. Ayrıca çalışmadan elde edilen bulgular, SERVQUAL’in sağlık hizmet kalitesini ölçmek için tutarlı ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Sonuçlar sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi için gerekli alanların belirlenmesine dikkat çekmektedir (Rohini ve Mahadevappa, 2006, s.81).

Sağlık hizmetleri alanında hizmet kalitesi değerlendirmesinde kullanılan birçok yöntem olmakla birlikte, bunlardan en yaygın kullanılanı tüketicilerin hizmetten beklentileri ile algıları arasındaki farkın oluşturduğu hizmet kalitesini ifade eden SERVQUAL ölçeğidir. Özellikle sağlık hizmetlerinin kalitesinin teknik ve fonksiyonel kalite olmak üzere iki farklı yönünün bulunması ve tüketicilerin sağlık hizmetleri sunucularının tutumları sonucu oluşan algılarını ifade eden fonksiyonel kaliteyi değerlendirmeleri sağlık hizmetlerinin ölçümünü daha da zorlaştırmaktadır.



Şekil 4. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli

**Kaynak:** Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.B., "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, vol. 49, Fall 1985, s.44

Şekil 3.'de yer alan hizmet kalitesi modelinde hizmet kalitesi algılamalarını etkileyen boşluklar ve bunlara neden olan faktörler şu şekildedir (Parasuraman vd., 1988, s.23. Chowdhury, 2008, s.134-135):

1. Boşluk: *Müşterilerin beklentilerine karşı yönetimin algıları (Bilgi Boşluğu):* Müşterilerin bir hizmetten beklentileri ile yönetimin müşteri beklentilerini algılaması arasında farklılıklar oluşabilmektedir.

2. Boşluk: *Yönetim algılarına karşı hizmetin özellikleri (Standardizasyon Boşluğu):* bilgi boşluğu Yönetim bazı zamanlarda müşteri beklentilerini doğru algılamasına rağmen, onların ihtiyaçlarını karşılayacak olan hizmet standartlarını sağlayamayabilir.

3. Boşluk: *Yeni hizmet tasarım ve standardına karşı hizmet sunumu (Sunum Boşluğu)*: Hizmet sunumu için belirlenen hizmet standartlarının tarifi ile gerçekte sunulan hizmetin kalitesi arasındaki farklılık olabilir.

4. Boşluk: *Hizmet sunumuna karşı dış iletişim (İletişim Boşluğu)*: Gerçekte sunulan hizmet kalitesi ile firmanın dışarıyla iletişim yolları aracılığıyla broşür veya ilanlarda tarif ettiği hizmet kalitesi arasında farklılık olabilir.

5. Boşluk: *Algılanan hizmete karşı beklenen hizmet (Hizmet Boşluğu)*: Bu boşluk, müşterilerin hizmetten beklentileri ve gerçekte aldıkları ve algıladıkları hizmetin kalitesi arasındaki farklılıktan ortaya çıkmaktadır.

Bilgi boşluğu, standardizasyon boşluğu, sunum boşluğu ve iletişim boşluğunun bir fonksiyonudur. Hizmet boşluğu, bu açıkların veya boşlukların azalması veya artmasıyla aynı yönde hareket eder.

Tablo 10

*SERVQUAL Hizmet Kalitesi Boyutları*

Boyutlar	Önermeler	Tanımlamalar
Fiziksel görünüm	1-4	Kullanılan donanım, hizmet verilen yerin fiziki görünümü ve personel görünümü
Güvenilirlik	5-9	Taahhüt edilen hizmeti kusursuz, güvenilir biçimde yerine getirme becerisi
Yanıt verebilirlik	10-13	Müşterilere karşı hevesli ve yardımsever olma, hizmeti zamanında ve çabuk yerine getirme
Güvence	14-17	Çalışanların bilgili, nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerisi
Empati	18-22	Firmanın müşterilerine kişisel ilgi ve duyarlılık göstermesi.

**Kaynak:** Bülbül, H., Demirer, Ö. Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri SERVQUAL ve SERPERF'in Karşılaştırmalı Analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20): (2008). s. 181-198

Tablo 10'da yer alan önermeler beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçmek için kullanılır. Aradaki farklılık ise üç durum ifade edebilir. Birinci durumda; beklenen hizmet kalitesi algılanan hizmet kalitesinden büyük ise, algılanan kalite tatmin edici olmaktan uzaktır ve kabul edilemez bir kalite düzeyi oluşacaktır. İkinci durumda



beklenen hizmet kalitesi algılanan hizmet kalitesine eşit ise, algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Üçüncü ve son durumda ise beklenen hizmet kalitesi algılanan hizmet kalitesinden düşük ise, algılanan kalite tatmin edici olandan ve tahmin edilenden daha yüksek olacaktır ve ideal kalite düzeyi oluşacaktır. Parasuraman ve diğerleri tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği ile ilgili çeşitli eleştiriler de bulunmaktadır. SERVQUAL ölçeği ile ilgili olarak yöneltilen eleştirilerden öne çıkanlarından bazıları şu şekildedir:

- Stauss ve Wienlich'e (1997) göre SERVQUAL ölçeği ile toplanan veriler müşterinin kalite algılarını tam olarak yansıtamamaktadır. Çünkü bütün kalite unsurlarının kapsamlı bir şekilde listelenmesi normal bir müşterinin isteyerek yanıtlayabileceği bir anketten daha geniş olacaktır. Bu nedenle, müşteri aldığı hizmet ile ilgili birçok olumlu ve olumsuz deneyimini aktaramamaktadır. Aynı zamanda değerlendirmenin tek bir noktadan yapıyor olması kişinin doğru değerlendirme yapmasında sıkıntılar getirecektir. Örneğin, bir hastane müşterisinden hastane çalışanlarının tutum ve davranışları hakkındaki deneyimini öğrenmek için sorduğunuz sorudan, müşteri tutum ve davranışları farklı olan birçok çalışanla iletişim içerisinde olacaktır.
- SERVQUAL ölçeğin tüm hizmetlerin algılanan kalitesinde kullanılan standart bir ölçek olduğu, ancak profesyonel hizmet kalite ölçümleri için boyutların yeterli olmadığı görüşü de araştırmacılar tarafından vurgulanmaktadır (Piligrimiene ve Buciuniene, 2008: 105).
- Beklenen ya da arzu edilen hizmet seviyesi çoğu zaman hizmetle ilgili algılamadan yüksek çıkmaktadır. Bu sonuç, hizmeti kaliteli olarak nitelendiren cevaplayıcılar için fark değerlerinin çok az değişkenlik göstermesi anlamına gelmektedir. Ayrıca, cevaplayıcılara genel hizmet kalitesi ve tatmin düzeyi ile ilgili düşünceleri tek bir soru ile sorulduğunda verdikleri cevaplar ile fark puanları arasındaki ilişkinin tutarsız olduğu ifade edilmektedir. Örneğin; SERVQUAL ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda fark puanlarının genellikle negatif çıkmasına karşın, "size göre, genel anlamda bu işletmenin hizmet kalitesi nasıl" sorusuna cevaplayıcıların "çok iyi" şeklinde cevap verebildikleri yönünde eleştiri yapılmaktadır (Smith, 1995, s. 264- 265).

- Bir diğeri eleştirisi ise, hizmet kalitesi ölçümünde tüketicilerin beklentilerinin ölçülmesine gerek olmadığı, görüşünü önermektedir. SERVPERF ölçeğini geliştiren Cronin ve Taylor'a göre, tüketicilerin hizmet performansı konusundaki algılarının ölçülmesi hizmet kalitesinin belirlenmesi için yeterli olacaktır (Cronin ve Taylor, 1992,1994).

### 3.2.2.3. SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli

SERVQUAL modeline göre daha sağlıklı bir model olduğunu öne süren ve SERVPERF'i geliştiren Cronin ve Taylor'a göre de müşteri beklentisini ölçmek gereksizdir; müşteri tatmin ve hizmet kalitesi kavramları ayrı ayrı olarak ele alınmalıdır (Cronin ve Taylor,1992). Brady vd. (2002), Babakus ve Boller (1992), Boulding vd. (1993), Cronin ve Taylor (1993) ve Oliver (1993) yaptıkları çalışmalarda SERVPERF'in SERVQUAL'e göre daha üstün olduğu görüşünü destekleyici sonuçlara ulaşmışlardır. Cronin ve Taylor (1992, 1994), özellikle sağlık sektörü açısından değerlendirildiğinde hastaların hizmet alımı öncesi, hizmetle ilgili beklentilerinin olmaması veya ne bekleyeceklerini bilmemeleri beklenti-algılama farklılığının hesaplandığı bir hizmet kalitesi ölçümü (SERVQUAL) yerine, sadece algılanan hizmet kalite ölçümünün kullanıldığı SERVPERF (sadece performans) modelinin daha uygun olacağı görüşünü ileri sürmüştür. Sağlık sektöründe yapılan kalite ölçüm çalışmalarında SERVQUAL ölçeğine göre SERVPERF ölçeğinin daha üstün olduğu sonuçlarına varılmasına rağmen, hala yapılan çalışmalarda SERVPERF'e çok değer verilmediği de dikkat çekmektedir (James vd.,1994, s.34).

SERVQUAL hizmet kalitesi modelinin aksine tek boyut ile hizmet kalitesi ölçümü yapan hizmet kalitesi modeli olan ve performans boyutuna dayalı olarak geliştirilen modelde beklenti skorları değerlendirmeye alınmaz, sadece algılanan taraftaki değişkenlere verilen skorlar hesaplanır (Göndelen, 2007, s. 41). Yani hizmet kalitesi, ortaya konulan performansa eşit olarak kabul edilir.

Taylor (1994), sağlık hizmeti kalitesini belirleyen boyutları iki boyut altında toplamış olup, bu boyutlar teknik kalite ve tedavi sanatı olarak tanımlanmıştır. "Teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine katkısı" kalitenin teknik yönünü

oluştururken, “verilerin hizmetlerin hasta beklentilerini karşılması” ise tedavi sanatı boyutunu ifade etmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.270). Hizmetin satın alınma eğilimlerini etkileyen faktörler arasında geniş ölçüde kabul gören iki önemli boyuttan biri hizmet kalitesi iken, diğeri müşteri memnuniyetidir (Taylor ve Baker, 1994, s.163). Performans tabanlı model teorisi olarak kabul gören SERVPERF’de satın alma niyetine etki eden hizmet kalitesini değil tüketici memnuniyeti ve satın alma niyeti üzerine odaklanan bir model olarak geliştirilmiştir (Baggs ve Kleiner, 1996, s. 38).

Taylor ve Cronin (1994), Parasuraman ve arkadaşlarının ulaştığı sonuçlara bazı eleştiriler getirmişlerdir. Bu eleştirilerden en önemlisi beklenti - performans farkının hizmet kalitesinin ölçümünde temel olduğu şeklindeki savı destekleyecek çok az kanıt olduğunu ileri sürmüşler. Bir diğeri eleştiri SERVPERF modelinin, SERVQUAL modeli gibi beş boyuttan değil sadece performans boyutundan oluştuğudur. Taylor ve Cronin ’e göre hizmet kalitesini ölçmek için hizmet performansını ölçmek yeterli olacaktır. Bu nedenlere bağlı olarak SERVPERF SERVQUAL’a alternatif olarak geliştirilmiştir (Öksüz, 2010, s.52). SERVPERF modelinin sadece müşteri algılamalarını ölçmesi, bu modelin, pratik ve kolay uygulanabilir bir araç olarak çeşitli araştırmacılardan destek görmesini sağlamıştır (Işık, 2011, s.46). Aralarındaki farkın bilinmesine rağmen günümüze kadar yapılan çalışmalarda her iki modelinde hala kullanıldığı görülmektedir. Ancak hangi modelin evrensel olarak en uygun olduğu hususunda pek uzlaşma yoktur ve dolayısıyla en uygun modeli seçmek her araştırmacının kendi yargısına bağlıdır (Yıldız, 2009, s. 1216).

Hindistan’ın Madurai Şehrinde kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan iki tür sağlık merkezinde 100’er hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık kuruluşlarında önemli hizmet kalitesi faktörlerinin belirlenmesi, bu faktörlerin hastalar tarafından nasıl algılandığı, sağlık kuruluşlarına olan hasta bağlılığı ve hizmet kalite faktörlerinin sağlık kuruluşlarına bağlılığa etkisi SERVPERF ölçeği kullanılarak araştırılmıştır (Vanniarajan, 2009, s. 69-72). Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesine ilişkin 34 ifadenin yer aldığı ölçek, yapılan faktör analizi sonucu hekim davranışları (physician behaviour), destekleyici personel (supportive staffs), fiziksel görünüm (atmospherics) ve operasyonel performans (operational performance) olmak üzere dört faktörde toplanmıştır. Bu ölçeğin kullanılarak yapıldığı bir diğeri çalışma Kore’de 430 yataklı bir hastanede ayakta tedavi gören hastalardan 167 kişi üzerinde yapılan ve hastaların memnuniyet ve satın alma niyetlerinin ölçüldüğü bir

çalışmadır (Lee vd., 2001, s.55). Kore’de yapılan bu çalışmada, SERVQUAL ve SERVPERF modellerinin karşılaştırılması yapılmış olup, analiz sonucunda SERVPERF ölçeğinde tüketici memnuniyeti SERVQUAL’e göre daha iyi çıktığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin çıktıları somut gibi görünse de, bunların ölçülmesi kolay değildir. Özellikle, hizmetin sunulması ile çıktının gerçekleşmesi arasında zaman farkı bulunması dolayısıyla, değerlendirmenin ne zaman yapılması gerektiği belirsizdir (Öksüz, 2010, s.53). Hizmet kalitesi, hizmet performansını bir tüketicinin, hizmetin üstünlük derecesi bakımından değerlendirmesidir. Sağlık hizmeti kalitesinin nasıl açıklanacağına dair iki yaklaşım vardır. Biri geleneksel tıbbi yaklaşım diğeri ise hizmet pazarlaması yaklaşımıdır. Geleneksel tıbbi yaklaşım, tıbbi hizmetlerin sonuçlarına hizmeti sunanların bakış açısından, hizmet pazarlaması yaklaşımı ise tıbbi bakım sürecine tüketicinin bakış açısından vurgu yapar (Choi vd., 2004, s.914). Hastalar, tam iyilik halinde bulunmamaları dolayısıyla tıbbi süreçlerin teknik yanlarını ve sonuçlarını tam olarak doğru değerlendiremeyebilirler (Choi vd., 2004, s.914).

#### **3.2.2.4. Kritik Olaylar Tekniği**

1950’li yıllarda askeri birliklerde görev alan pilotların uçmayı neden öğrenemedikleri konusunu araştırmaya yönelik yapılan bir psikoloji programının parçası olarak ortaya çıkan ve 1954 yılında Flanagan tarafından nitelleyici bir teknik olarak ilk defa resmileştirilen Kritik Olaylar Tekniği, insan davranışlarının gözlemlenmesi sonucu günlük problemlerin belirlenmesi ve onların yararlı hale getirilmesinde kullanılan yolların sınıflandırılması için özel tanımlanmış prosedürler kümesinden oluşur (Douglas vd., 2009, s.305). İkinci Dünya Savaşı sırasında ilk olarak pilotlar üzerinde denenilen bu teknik, sonrasında genel pazarlama alanında ve özellikle hizmet pazarlaması literatüründe önemli ve geniş anlamda kabul görmüştür (Badrinarayanan and Madhavaram, 2008, s. 33). Diğer kalitatif tekniklerden daha iyi olmasının nedeni kişisel deneyimleri ortaya çıkarmaya izin vermesidir. Bu teknikte kritik vakalar, deneklerin kişisel deneyimleri (en olumlu ve en olumsuz) ile ilgili düşüncelerini ortaya çıkarmalarıyla oluşur Cevaplayıcılar almış oldukları hizmetten hissettikleri olumlu ve olumsuz deneyimlerini “ne oldu?” “neden iyi ya da kötü sonuçlandı?”, ve “daha iyi yapmak için neler yapılmalı?” soruları çerçevesinde değerlendirirler (Serrat, 2005, s. 5; Douglas vd., 2009, s.305). Kritik vaka analizi için belirlenmiş ve yeterli bulunmuş bir örneklem hacmi bulunmamakla birlikte, araştırmacı

olumlu, olumsuz ve öneri boyutları için yeterli veriye ulaştığını düşündüğünde analize geçebilir (Gabbott ve Hogg, 1996; Hare, Kirk ve Lang, 2001). Kalitatif bir sınıflandırma yöntemi olan Kritik Olaylar Tekniği, faktör analizi, kümeleme analizi, çok boyutlu ölçekleme gibi diğer mantıksal gruplama işlemleri ile kategorize edilebilmektedir (Bitner, Booms ve Tetreault, 1990, s.73). Bazı yazarlar diğer kalitatif tekniklere göre cevaplayıcının kişisel deneyimlerinin kayıt edilmesine olanak vermesi dolayısıyla tercih edilebilir olduğunu savunurken, bazen de araştıracının sürekli not alması ve kayıt yapması dolayısıyla cevaplayıcının üzerinde bir baskı hissetmesine neden olması dolayısıyla, bu yöntemin yarar sağlamadığı görüşünü ileri sürmektedirler (Işık,2011, s.47).

Sağlık hizmetinde, kaynakların daha iyi kullanımını amaçlayan kalite değerlendirme yaklaşımları, gün geçtikçe daha fazla ilgi toplamaktadır. Bu yaklaşımdan hareketle, hastanelerde verilen hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerin standartlara ve göstergelere dayalı olmak üzere iki ana başlık altında toplandığı görülmektedir (Kuş, 2006; Öksüz, 2010):

- Standartlara dayalı yaklaşımlar: Kalitenin değerlendirilmesinde standart, net olarak tanımlanmış olup hastanenin kabul edilebilir performans seviyesini açıklayan ve konusunda yetkin kişi veya kişiler tarafından belirlenmiş olan beklenti olarak tanımlanabilir. Sağlık organizasyonları için standartların bir kısmı yeni bilgi ve teknolojinin kullanımıyla ulaşılan konsensustan (best practice) geliştirilirken, bir kısmı da sağlık kuruluşu için özel olarak geliştirilmektedir (örnek: hastaneye gelen acil hastalar için geliştirilmiş klinik politikalar ve girişimler veya klinik rehberler). Ruhsatlandırma, akreditasyon, sertifikasyon sağlıkta kalitenin değerlendirilmesinde kullanılan standartlara dayalı yaklaşımlardır ve her birinin kullanımında farklılıklar bulunmaktadır.

- Gösterge takibine dayalı yaklaşımlar: Hastanelerde standartlara dayalı yaklaşımlara getirilen eleştirilerin neticesinde, gösterge takibine dayalı yaklaşımlar, her geçen gün, kliniklerde sunulan hizmetin kalitesini ölçmede daha fazla ilgi görmektedir. Performans göstergeleri, sağlık bakımının kalitesini ve etkinliğini monitorize etmek, klinik hizmetlerini değerlendirebilmek ve daha da geliştirebilmek için önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Kullanılan standarda ne kadar uyulduğunu ya da kalite amaçlarına ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmek için de kullanılabilirler. Göstergeler sıklıkla kuruluşun genel kalitesi hakkında bilgi veren önemli altyapı, süreç ve çıktılara

odaklanırlar. Bu nedenle gösterge izlenimine dayalı yaklaşımın standartlara dayalı yaklaşımlarla birlikte kullanılması daha anlamlı olmaktadır. Hizmet ve hasta bakım kalitesini ölçmede sıklıkla kullanılan göstergeler arasında, mortalite oranı, hastane enfeksiyonu oranı, en sık rastlanan tanılar için hastanede yatış süresi, normal doğum/sezeryan ile doğum oranı, hasta ve çalışan memnuniyet ölçümleri kullanılmaktadır.

Sağlık hizmet kalitesinin ölçümlünün sadece müşteri memnuniyetine dayandırmanın sakıncalı olduğunu vurgulayan araştırmacılarda vardır (Babakus ve Mangold, 1995; Çaha ve Bayyurt, 2009, s.86). Bunların en belirgin dayanakları arasında üç önemli nokta vardır. Bunlardan birincisi, hasta, hastanenin sunduğu hizmetin kalitesi hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı için alınan hizmetin kalitesine yönelik iyi hüküm veremeyecek olmasıdır. İkinci nokta, hasta aldığı hizmetin kalitesi hakkında yanıtılabilir iken üçüncü dayanak noktası ise, hasta beklentileri, servis kalitesi ile diğer ölçümler arasındaki ilişkiyi göstermeyebilir.

### **3.2.2. Sağlık Hizmeti Kalitesini Etkileyen Unsurlar**

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hâkim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir (Özatkan, 2008). Bir çok yazar kalitenin hizmet sektöründeki önemiyle ilgili çalışmalar yapmışlar ve bunların sonucunda karlılık, yükselen pazar payı, müşteri tatmini ve müşterilerin gelecekteki davranışlarıyla ilgili olarak pozitif bir ilişkiyi doğrulamışlardır (Jain ve Gupta, 2004, s.26). Sağlık sektöründeki hastaneler bir taraftan hizmet kalitesini yükseltmek için çalışırken, diğer taraftan da maliyetleri düşürme eğilimi içerisinde olmaları dolayısıyla sürekli kalite iyileştirme programlarına rağbet etmektedirler (Sower vd., 2004, s.2). Farklı insanlara farklı düşünceler veya farklı anlamlar ifade eden kalite kavramı bir hastane sistemine göre, hizmet verilen toplumun, hizmeti satın alanların (payers), çalışanların, hekimlerin ve hastaların beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak için verilen hizmetlerde devamlı geliştirmeyi (iyileştirmeyi) içermektedir (Nelson vd., 1992, s.284). Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (McGlynn, 1997, s.7).

### 3.2.3.1. Hizmeti Satın Alanları Etkileyen Unsurlar

Genel olarak, ürünlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en iyi olanı seçeceği varsayılmakta olup, tüketicinin bu rasyonel (akılcı) davranışının, harcadığı paranın sağlayacağı faydanın en yüksek olmasını gerektirmektedir. Bu da ancak tüketicinin tüketimini yaptığı mal veya hizmetin kalitesini ölçebilmesiyle mümkün olabilir. Diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerin belirlenmesinde tüketicinin rasyonel davranışları yerine, dış faktörler daha etkili olmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009, s.42). Çünkü tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlı olması, aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır (Işık, 2011, s.8).

Hasta görüşleri, sağlık hizmeti kuruluşlarında kalite iyileştirme konusunda verimli bir hareket planı geliştirmekte iken, aynı zamanda sorunları iyi tetkik etmekte önemli bir bilgi kaynağı olarak bilinmektedir (Boyer, vd., 2006, s.359; Özatkan, 2008). Birçok hizmette olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de hizmet, diğer hasta ve hasta yakınları ile birlikte elde edilmektedir (Özatkan, 2008). Avedis Donabedian'a göre sağlık hizmetini satın alan müşteri (hasta) sağlık sektörü açısından birçok role sahiptir; bazen hasta, bazen geçmiş ya da gelecekteki müşteri iken her zaman bir "vatandaş" rolüne sahiptir (Donabedian, 1992, s.251). Hekim ve hastası arasındaki ilişki birçok faktörün etkisi altındadır. İlişkinin özelliğini belirleyen, bazen hekim özellikleri olabildiği gibi bazen de hasta özellikleri olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliği genelde ilişkinin kurulduğu toplum ve ortama göre değişkenlik göstermektedir (Mechanic, 1982, s.433; Kostik,2000, s.1). Doktorun kaliteli sağlık hizmeti sunması ve hastalarına yakın davranması yeterli olmamaktadır. Bir hasta bakıcının ya da hasta kabuldeki görevli bir personelin olumsuz bir davranışı hastanın sunulan sağlık hizmetinden duyduğu tatmini azaltmakta ya da tatminsizliğe yol açmaktadır. Tatmin olmamış hastanın teşhis ve tedavide doktora yardımcı olması güçleşmekte ve hizmet kalitesi düşmektedir (Çatı, 2002, s.83). Hasta beklentilerinin karşılanması, fiziksel ve ruhsal rahatlıklarının sağlanması memnuniyetlerinin artmasında öncelikli unsurlardır (Tınmaz, 2008, s.37).

Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan müşteri tatmini, genel olarak “müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal-kültürel özelliklerine, sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir (Esatoğlu, 1997; Kavuncubaşı, 2000). Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti alanların subjektif ve değişken algılarını içeren bir kavramdır (Larrabee ve Bolden, 2001, s.140). Memnuniyet, hastanedeki bakımın yapı, süreç ve sonucu ile ilişkili olduğu kadar, hastanın sosyo-demografik, fiziksel ve psikolojik durumunu, davranışlarını ve beklentilerini de içermektedir (Beech, 1995). Memnuniyet araştırmalarında en yaygın sorun, çok az hastanın sunulan bakımı eleştirmesi ve memnuniyetsizlik ifade etmesidir (Abramowitz, Cote ve Berry, 1987, s.122). Diğer bir sorun ise minnet duygusundan kaynaklanmaktadır. Hastalar memnun olmasalar bile sağlıkları ile ilgili hizmet aldıkları için sağlık personeline minnet duymakta ve olumsuz görüş bildirmemektedir (Özen vd., 2011). Bazen de hastalar bazı problemlerin çözülemeyecek kadar büyük olduğunu düşündükleri için doğru yanıtlar vermemektedirler (Sitzia ve Wood, 1997, s.1829). Önceki çalışmalar, genellikle yaşlı insanların sağlık hizmetlerinden daha memnun oldukları doğrultusundadır (Öksüz, 2010; Ware vd., 1978; Pope, 1978; Gray, 1980; DiMatteo ve Hays, 1980). Bunun nedeni ise hasta- doktor ilişkilerinin daha uzun soluklu devam etmesi ve sunulan hizmet için daha az beklenti içinde olmalarıdır (Hughes, 1991). Bu çalışmaların tersi sonuç alan bir çalışma 2008 yılında Priporas vd. tarafından Yunanistan’da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre, gençler ve erkekler yaşlılara ve kadınlara göre biraz daha fazla memnuniyet sergilemektedirler. Yaş değişkeni memnuniyetle ilişkili çıkarken, bir diğer sosyo-demografik etken olan cinsiyet değişkeni ile ilgili yapılan çalışmalarda (Doyle and Ware, 1977; Greenley ve Schoenherr, 1981; Pope, 1978; Gray, 1980) ise cinsiyetin memnuniyetle ilişkilendiği sonuçlarına rastlanmaktadır. Bazı çalışmalarda, kadınların daha yüksek tatmine sahip oldukları sonuçları da vardır (Shortell vd., 1977; Lieberman vd., 1989). Eğitim değişkeni yine bazı çalışmalarda etkili çıkarken bazılarında ise etkisiz çıkmaktadır (Hughes, 1991). Gelir durumu-hasta memnuniyeti ilişkisi ile ilgili olarak yapılan önceki çalışmalarda (Patrick vd.,1983; Hulka vd., 1975; Chaska vd., 1985; Calman, 1988), gelir seviyesi düşük olanların sağlıklarıyla ilgilerinin daha az olduğu ve dolayısıyla daha çok sağlık problemi yaşadıkları sonucunu ortaya



çıkarmıştır. Doktorlarla ilişkilerinin daha düşük düzeyde olduğu ve randevu almada daha zorlandıkları sonuçları da ek sonuçlar arasındadır. Sonuç olarak, gelir seviyesi düşük olanların daha az memnun oldukları söylenmektedir Peyrot, Cooper ve Schnapt'ın 1993 yılında yaptıkları bir çalışmada, hastanın almış olduğu sağlık hizmeti bedelinin sosyal güvenlik kuruluşlarınca ödenmesi dolayısıyla hastanın hizmetin gerçek maliyetinin farkında olamayabileceğini belirtmişlerdir (Peyrot vd.1993, s.25). Türkiye'de Sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından verilmekte olup, hastalar sağlık hizmeti bedelini ya kendi imkânlarıyla ya da bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşları aracılığıyla ödemektedirler. 19 Şubat 2005 tarihinde Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Ayrıca 2003 yılından beri özel hastanelerle yapılan çeşitli anlaşmalar çerçevesinde, çeşitli sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olan hastalara bakmaları sağlanmıştır. Bu çalışma kapsamına dâhil edilen özel hastanelerin hizmet verdikleri tüm dallarda Sağlık Bakanlığıyla çeşitli anlaşmaları olan hastaneler oluşturmaktadır.

### **3.2.3.2. Hizmeti Sağlayan Personeli Etkileyen Unsurlar**

Danışmalarda bulunan memurlar, hasta kabul bürolarındaki memurlar, hasta bakıcılar, hemşireler, doktorlar ve hastane yöneticileri hastanelerdeki hizmet sağlayan personel grubunu oluşturmaktadır. Sağlık personelinin kişilik özellikleri, hastaya ve yakınlarına gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır (Öksüz, 2010:66).Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile personelin iletişim kurma becerileri, hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına sağlamaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip, bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da durumu ve yapılacak işlemler hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline olan güvenlerinin ve sunulan hizmetten memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır. Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir, ancak kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, buna ek olarak personelin hastaya gerçekten ilgi

göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir (Tınmaz,2008, s.38-39).

### **3.2.3.3. Hizmeti Alan ve Vereni Birlikte Etkileyen Unsurlar (Çevresel ya da Kurumsal Faktörler)**

Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri oluşturmaktadır. (Tınmaz, 2008, s.39). Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti sunan sağlık ekibine daha çok güven duymaktadırlar (Yılmaz, 2001, s.74). Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırmaktadır (Öksüz, 2010, s.67). Yoğun kuyrukların olduğu hizmet almak için beklemeyi gerektiren yoğun kuyrukların oluşması, sağlık hizmeti alımını belirleyen süresinin kısıtlı olmasına neden olacaktır. Ayrıca, bu duruma bağlı olarak ortaya çıkan, hizmet veren personelin zaman kısıtı sebebiyle müşteriyle yeterince ilgilenemediği ve müşterinin hizmet veren personelle etkileşiminin yetersiz ve eksik kaldığı için kalabalık ve gürültünün hâkim olduğu bir sistem içerisinde, hem hizmet veren personel hem de müşteri açısından hizmet kalitesini de olumsuz etkileyecek olan doyumsuzluklar oluşacaktır (Şengül, 2008, s.19).

## **3.3. Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Memnuniyetiyle İlgili Geliştirilen Kuramlar**

Bu bölümde, müşteri memnuniyeti kavramıyla ilgili literatür bilgisine yer verilmiş olup ayrıca literatürde yer alan ve müşteri memnuniyetiyle ilişkili olarak geliştirilmiş kuramlara değinilmiştir.

### **3.3.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı**

Herhangi bir ürün ya da hizmetin tüketimi sırasında ya da tüketim sonrasında müşteriler, tatmin ya da tatminsizlik duygusuna sahip olurlar (Kara vd., 2005, s.9). Memnuniyet, Taylor ve Cronin (1994)'e göre bir hizmetin performansına ilişkin bir

beklentinin onaylanma ve onaylanmama fonksiyonu, o kişinin tutumu olarak ifade edilmektedir. Lovelock ve diğerleri ise memnuniyeti, bir satın alma işleminden sonra ya da bir dizi tüketici ürünü etkileşimi sonrasında tüketicinin satın alma tutumu olarak ifade etmişlerdir (Lovelock vd., 2006). Kotler ve Armstrong (1996), müşteri memnuniyetini, bir kişinin herhangi bir üründen algıladığı performansın sonucu ya da beklentisinin çıktısı olarak tanımlamışlardır. Bitner ve Zeithaml (2003)'e göre ise müşteri, satın aldığı ürün veya hizmetleri değerlendirirken kendi ihtiyaç ve beklentilerini karşılama düzeylerini dikkate alır.

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır (Zaim ve Tarım, 2010, s.9). Benzer bir tanıma göre memnuniyet, bir ürün ya da hizmet ile ilgili olarak satın alma eyleminden önceki beklenti çerçevesinde satın alma eyleminden sonra yaşanan deneyimin memnun edici olması durumudur (Bakır, 2006, s.18). Bu iki tanıma paralel bir diğer ifadeye göre, “müşterinin, seçtiği alternatifi en azından beklentilerini karşılayacağı veya aşacağı şekilde satın alma öncesindeki değerlendirmesi” tatmin olarak tanımlanabilmektedir (Tek, 1999, s.216). Literatürde tatmin ile ilgili açıklamaların çoğunluğu Oliver'in (1980) onaylamama teorisine dayanmaktadır. Müşterilerin önceki deneyimlerinden elde ettiği tatmin düzeyi yükseldikçe, gelecekteki performansa yönelik beklentilerin de yüksek olacağına inanılmaktadır. Genellikle “çıtayı yükseltmek” olarak ifade edilen bu durum, müşterileri tatmin etmenin neden hiçbir zaman kolay olmayacağını da açıklamaktadır (Vavra, 1999, s.55). Oliver'ın aksine Patterson (1993) tatmini, ürün hakkında memnuniyet/ memnuniyetsizlik gibi bir his veya tutum gibi duygusal tanımlama olarak ele almakta olup, beklentilerin tatmin duygusunu doğrudan etkilemediğini öne sürmektedir. Müşterinin satın alma niyeti ve müşteri bağlılığı üzerindeki potansiyel etkileri nedeniyle, müşteri tatmini konusu pazarlama literatüründe geniş uygulama alanı bulan konulardan bir tanesi olarak geçmektedir (Patterson, 1993; Bitner, 1990; Oliver, 1977-1980-1981; Olshavsky ve Miller, 1972; Olson ve Dover, 1979, ve Rust ve Oliver, 1994).

### **3.3.2. Müşteri Memnuniyeti Oluşumuna Yönelik Kuramsal Tartışmalar**

Mal ve hizmetleri kullanan müşterilerin beklentileri ile elde ettikleri fayda arasındaki uygunluk temel alınmak üzere elde ettikleri memnuniyeti analiz eden

muhtelif modeller söz konusu olup, bunların bazılarında burada yer verilmiştir. Müşteri tatmininin oluşumu ve tatmini etkileyen faktörler hakkında literatürde birbirinden farklı kuramlar geliştirilmiştir. Söz konusu kuramlar: Beklentinin Onaylanmaması (expectancy disconfirmation), Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki) (cognitive or cognitive dissonance), Benzeşim (assimilation), Benzeşim -Karşıtlık (assimilation-contrast), Denksellik (equity), Atfetme (attribution), Kıyaslama Düzeyi (comparison level) ve Uyumlaştırma (adaptation level) kuramı olarak listelenmektedir. Bu alanda en çok kabul gören kuram Beklentinin Onaylanmaması Kuramı olarak bilinmektedir (Özer,1999, s.163).

- **Onaylamama Kuramı:** Steiber ve Krowinski tarafından geliştirilen ve en fazla kabul gören kuram olan ve beklentilerin onaylanmaması kuramı olarak Richard Oliver tarafından 1980 yılında geliştirilen bir çalışma sonucu ortaya çıkmıştır (Göndelen, 2007, s.25). Kuramı geliştiren Oliver'a göre müşterilerin beklentileri ile satın alma sonrasında kullanım dolayısıyla elde ettikleri ürün performansını karşılaştırdıkları öne sürülmektedir (Göndelen, 2007, s.26; Anderson ve Sullivan, 1993, s.127). Kurama göre müşteri ürünü satın almadan önce ürün performansı ile ilgili zihninde bir takım tahminlerde bulunur ve beklenti içerisine girer ve satın alma sonrasında memnuniyet düzeyinin temel belirleyicileri olarak bu beklentilerden etkilenir. Bir başka ifadeyle, ürün ya da hizmetin tüketilmesi veya bunlara ilişkin deneyim, algılanan kalite düzeyini göstermektedir. Tatmin düzeyinin temel belirleyicilerinin beklentiler ve onaylamamadan kaynaklandığı görüşünü savunan Anderson ve Sullivan (1993)'ndan farklı olarak Patterson (1993)'a göre bu kuram, beklentiler, algılanan performans, onaylamama ve tatmin olmak üzere dört öğeyi içermektedir. Memnuniyet ise bu deneyimin onaylanmasının yön ve büyüklüğü ile ilgilidir (Vavra, 1999, s.58). Yani onaylanmama, beklentiler ile algılanan performans arasındaki olumsuz fark olarak ortaya çıkarken, bu kıyaslama sonucunda müşteri memnuniyeti düzeyi oluşmaktadır. Bu kıyaslamaya bağlı olarak memnuniyet ve memnuniyetsizlik duygusu üç durumda ortaya çıkmakta olup, bunlar sıfır onaylamama, pozitif onaylamama ve negatif onaylamama olarak sınıflandırılmaktadır (Caruna vd., 2000, s.1341). Sağlık işletmelerinde de hizmet kalitesini değerlendirmede hasta beklentileri ve tatmini arasındaki ilişkinin önemi dolayısıyla hasta tatminini ölçme, değerlendirme ve geliştirme ihtiyacı 90'lı yılların önemli araştırma konusu haline gelmiştir (Bakır, 2006,

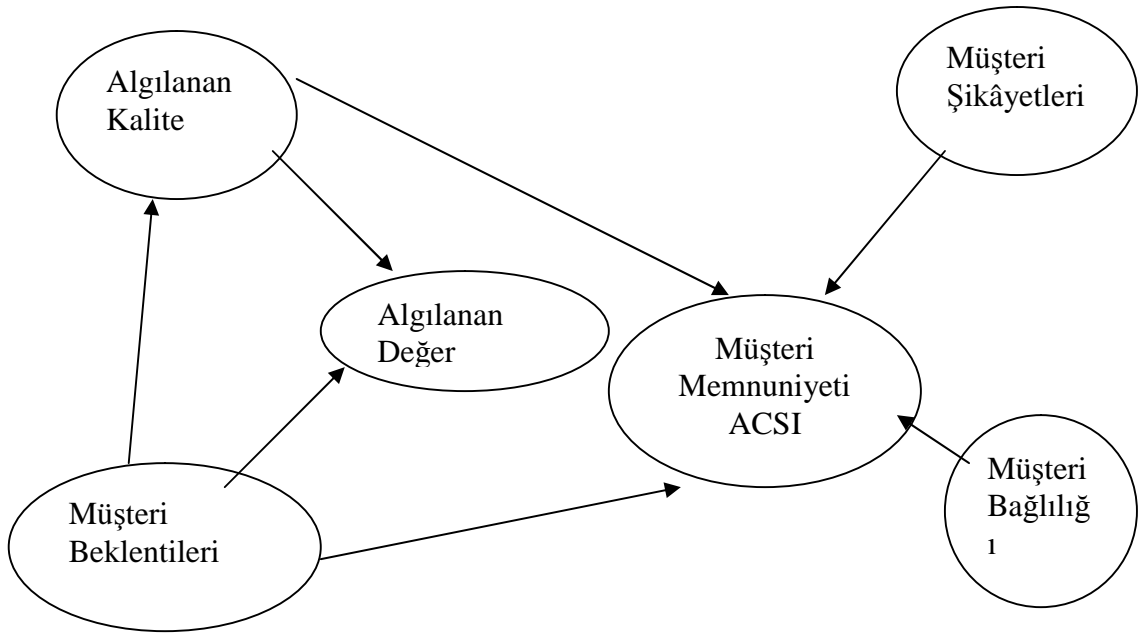
s.20). Krowinski (1990, s.21) tarafından yapılan bir araştırmada algılanan kalite, hasta tatmini ve hasta bağlılığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre bir sağlık işletmesinin sunduğu tedavi hizmetlerinden tatmin olan hastaların aynı zamanda sunulan diğer hizmetleri de yüksek kaliteli olarak algıladıkları söylenebilmektedir (Bakır, 2006, s.20).

- **Bilişsel Uyumsuzluk Kuramı:** beklentilerin onaylanmaması kuramına yeni bir bakış açısı getiren bu kuram, onaylamama ve algılanan performansın tatmin üzerindeki etkisini açıklamaktadır. Bu kuramın savunucuları arasında nlerde yer alan Tse ve Wilton(1988), algılanan performansın, müşteri tatmin ya da tatminsizliğinin doğrudan belirleyicisi olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu kurama göre, satın alma yâda kullanma sonucunda *onaylamama* gerçekleşmişse, müşteri tarafından kabul edilen uyumsuzluğu azaltma stratejisi, alternatif azaltma stratejilerinden psikolojik maliyetlerine katlanması olarak ortaya çıkacaktır (zer,1999, s.166).
- **Benzeşim Kuramı:** Benzeşim kuramına göre, insanlar daha önce inandıkları durumlardan farklı bir durumu kabul etmek için isteksizlerdir. Dolayısıyla, benzeşim yargıları, insanların satın alma öncesi beklentileri doğrultusunda oluşacaktır. Bu beklentilerden etkilenmiş olan insanlar, kendi beklentilerine ilişkin duygularına yönelik bir tatmin düzeyi geliştireceklerdir (Oliver ve DeSarbo, 1988). Bu kuramın diğer savunucularından olan Johnson ve Fornell (1991)'a göre, beklentiler ve algılanan performans kıyaslaması sonucunda ürünün performansı, beklenti düzeyine yakın ise, beklentiler tatmini etkilemektedir. Dolayısıyla, performans ve beklentiler arası fark küçük olduğunda, algılanan performans beklentiler açısından benzer şekilde algılanmakta ve benzeşim oluşmaktadır.
- **Benzeşim-Karşıtlık Kuramı:** Benzeşim kuramına alternatif olarak geliştirilen bu kuram algılanan ürün performansı ile beklentiler arasındaki farkın müşterinin kabul edemeyeceği kadar büyük olduğu onaylamama durumlarında benzeşimin tersi bir durumun ortaya çıkması olarak açıklanabilmektedir (Johnson ve Fornell,1991).

- **Denksellik Kuramı:** Pazarlama fonksiyonunun en temel elemanı olarak değişim ve değişim sonrasında tatmin duygusunun oluşumu denksellik olarak tanımlanmaktadır (Oliver ve Swan, 1989). Bu kurama göre müşteri satın aldığı üründen elde ettiği faydayı ve algıladığı performansı, kendi girdileri olarak tanımlanan fiyat, çaba, deneyim gibi maliyetlerle karşılaştırarak değerlendirmektedir. Müşteri bu girdi-çıkıtı sürecini karşılaştırdığında sonuç pozitif ise, müşteri belirli bir algılanan maliyet düzeyinde almış olsa dahi bu durum müşteri tatmini için yeterli koşulları sağlamamaktadır (Özer, 1999, s.173).
- **Kano Modeli:** Noritaki Kano (Vavra 1999, s63)'ya göre, müşteri beklentileri ve tatmini konusu bir bütün olarak ele alınmalıdır. Kano modeli hem içsel hem de dışsal müşterilerin memnuniyetlerinin sağlanması açısından geçerlidir.
- **Diğer Kuramlar:** Müşteri tatmininin dinamik yönünü gösteren bilişsel Kurama göre, önceki satın almalar sonucunda oluşan yüksek tatmin düzeyinin, sonraki tatmin düzeylerine ve yeniden satın alma niyetlerini, dolayısıyla da tutumları etkileyebilecek düzeyde olduğu savunulmaktadır (La Barbera ve Mazursky, 1983; Özer, 1999, s.178). Ürünün beklenen performansı gösterip, göstermediğini anlamada nedensellik sonuçlarının kullanılabilceğini öneren Gönderme kuramına göre, tatmin değerleri, gayret, yetenek gibi içsel çıktılara dayanmaktadır (Oliver ve DeSarbo,1988; Özer, 1999, s.178).Tatminle ilgili geliştirilmiş olan bir diğer kuram, Uyumlaştırma düzeyi kuramı olup, geçmiş deneyimlerin sonraki değerlendirmeler için bir uyumlaştırma düzeyi oluşturduğu görüşüne dayandırılmıştır (Özer, 1999, s.179). Dinamik bir bakış açısı sunan bir diğer kuramın adı Kıyaslama düzeyi kuramı olup, müşterin ürüne yönelik müşterilerin beklentileriyle birlikte diğer ürünlerin algılanan özellikleri de değerlendirilmeye alınır (Woodruff, Cadotte ve Jenkins,1983).
- **Amerikan Müşteri Memnuniyet Endeks Modeli**  
Müşteri tatmini ölçüm yöntemlerinden biri de Glaes Fornell ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Daha önce İsveç' de uygulanmış olan İsveç Müşteri Tatmini Barometresi'nin de (Swedish Customer Satisfaction Barometer- SCSB) mimarı olan

Fornell, Michigan Üniversitesi İş İdaresi Okulu Ulusal Araştırma Merkezi ile Amerikan Kalite Kontrol Derneği arasındaki ortak proje ile Amerikan Müşteri Tatmini Endeksini (American Customer Satisfaction Index-ACSI) geliştirmiştir (Bakır, 2006).

Müşteri memnuniyetinin sayısal olarak ölçülebilme teşebbüsü ilk olarak Amerikan Müşteri Memnuniyeti indeksiyle (Şekil 5) başlamış olup, memnuniyetin ölçülme gerekliliği ise, Toplam Kalite Yönetimi (TKY)'nin yaygınlaşması ile eş zamanlı olmuştur (Eroğlu,2005, s.11). Özellikle Ishakawa'nın müşteri memnuniyetini önemini vurgulaması bu alanda yapılan çalışmalara hız kazandırırken (Rao vd., 1996, s.49); Kano ve arkadaşlarının (1996) kalite ile müşteri memnuniyeti arasındaki korelasyonun yüksekliğini ispatlamalarıyla daha da gelişmiştir.



Şekil 5 ACSI Memnuniyet Modeli

**Kaynak:** Claes Fornell, Michael D. Johnson, Eugene W. Andersson ve diğerleri, “The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose and Findings” Journal of Marketing, Volume:60, Number:4, October, 1996.

Şekil 5’te Amerikan Müşteri memnuniyet endeksi tarafından geliştirilen müşteri memnuniyet modeli yer almaktadır. ACSI modelindeki değerler ve ilişkileri şöyle özetlenebilmektedir (Bakır, 2006, s.66):

“Amerikan müşteri memnuniyeti göstergesi, malların ve hizmetlerin, onları tüketen müşteriler tarafından yaşanan kalitesini ölçmektedir. Bir bireysel firmanın ACSI’i onun hizmet ettiği pazardaki müşterilerinin/hem gerçek, hem de tahmin edilen toplam satın alım ve tüketim deneyiminin kapsamlı değerlendirmesini göstermektedir. Şekilde görüldüğü gibi kapsamlı müşteri memnuniyetinin üç önde geleni vardır. Algılanan kalite, algılanan değer ve müşteri beklentileri. Kapsamlı müşteri memnuniyetinin ilk belirleyicisi hizmet edilen pazarın son tüketim deneyimiyle ilgili değerlendirmesi olan ve kapsamlı müşteri memnuniyeti üzerinde doğrudan etkisi olması beklenen, algılanan kalite ya da performanstır. Algılanan kalite yapısını işlemselleştirmek amacıyla tüketim deneyiminin öncelikli ögesini betimlemek amacıyla bir kalite literatürü oluşturulmuştur.

1. *Customization* (Bireyselleştirme) yani firma sunumunun heterojen müşteri ihtiyaçlarını karşılamaya alışma ve bu ihtiyaçları bireysel anlamda karşılama derecesi,

2. *Güvenilirlik* yani işletme sunumunun güvenilir, standart ve eksiksiz olması ile ilgili derece. Müşteri memnuniyetindeki ikinci belirleyici, algılanan değerdir ya da ödenen fiyatla ilgili olarak ürün kalitesinin algılanan düzeyidir. Algılanan kalite için, algılanan değer artışları ve müşteri memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki söz konusu olur. Kapsamlı müşteri memnuniyetinin üçüncü belirleyicisi, hizmet edilen pazarın beklentileridir. Müşteri beklentilerinin, algılanan kalite ile ve sonuçta algılanan değer ile pozitif ilişkisi olmak zorundadır. Sonuç olarak müşteri memnuniyetinin artması, azalan müşteri şikâyetleri ve artan müşteri sadakati şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Modeldeki son ilişki, müşteri şikâyetleri ile müşteri sadakati arasındadır. İlişkinin pozitif olması, işletmenin şikâyet eden müşterileri sadık müşterilere dönüştürmekte başarılı olduğu anlamına gelmektedir. Negatif olması ise, işletmenin şikâyet almasının daha kötü bir duruma yol açtığı –daha fazla müşterinin eksilmesine neden olduğu- anlamına gelmektedir”.

### **3.4. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Memnuniyetine Etki Eden Unsurlar**

Sağlık sektöründe hastane sayısının fazla olması, hastaneler arasındaki rekabetin artmasına ve müşteri beklentilerini daha iyi karşılayan hastanelerin rakiplerine göre daha fazla tercih edilmesine neden olmaktadır.



### 3.4.1. Sağlık Sektöründe Müşteri

Heterojen bir müşteri kitlesine sahip olan sağlık işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık işletmelerinin müşterisi denildiği zaman yalnızca hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar “müşteri” olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı 2000, s.292–293). Sağlık işletmelerinde müşteri, diğer birçok organizasyonda olduğu gibi, iç ve dış müşteriler olarak iki grupta toplanabilmektedir (Rakich vd. 1992, s.409; Macintyre ve Kleman 1994, s.103–104; Kavuncubaşı, 2000, s.292). Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar, sağlık işletmesinin dış müşterileri olarak ifade edilirken, sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan kişi veya gruplar iç müşteriler olarak tanımlanmaktadır (Bakır, 2006, s.14). Tablo 11’de sağlık kurumlarında yer alan iç ve dış müşteriler gösterilmiştir.

Tablo 11

#### *Sağlık Kurumlarının İç ve Dış Müşterileri*

İç müşteriler	-Kurum personeli (hekim, hemşire vb.) -Pay sahipleri -Danışmanlar
Dış müşteriler	-Hastalar, -Hasta ailesi ve çevresi -Refakatçiler, ziyaretçiler -Devlet -Eczaneler -Diğer sağlık kurumları -Anlaşmalı kuruluşlar -Dernekler -Medya -Sigorta şirketleri -Tıbbi malzeme satıcıları -İlaç Firmaları

**Kaynak:** Bostan,S., “Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu”, Sağlık Hakkı Dergisi, Cilt:1, Sayı:1, 2006

Sağlık işletmelerinde hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanırken, aynı zamanda büyük bir dış müşteri grubunu da oluştururlar. Hasta yakınları ve çevresi, refakatçiler, ziyaretçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler,

dernekler, medya, sigorta şirketleri (third-party payers), tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, çamaşırhane işletmeleri, çiçek satıcıları, müteahhitler, devlet ve toplum sağlık işletmelerinin diğer dış müşterilerine örnek olarak verilebilir. Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuar teknisyeni, ev idarecisi vb.), sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar vb.), üst ve orta kademe yöneticileri, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık işletmelerinin iç müşterilerini oluşturmaktadır (Bakır, 2006, s.14).

Tüketici (consumerism) kavramının daha öne çıktığı günümüzde artık, hastaneler onlardan hizmet satın alan hastaları sadece hasta ya da sadece müşteri gözüyle değerlendirmemektedirler. Tüketiciler olarak hastalar, hastaneleri çeşitli özellikleri açısından değerlendirmektedirler. Bu özellikler arasında hastanelerin hizmetleri, kaliteleri ve maliyetleri başta yer alırken, hastanede çalışan doktorlar, tedavide kullanılan araçlar, sağlık planlamaları, tedavi yöntemleri ve sorunları çözme yöntemleri de bulunmaktadır (Stephens, 2010, s.16). Hastalar, hastanelerin sunmuş oldukları farklılıkları değerlendirerek tercihlerini kendileri için optimum fayda sağlayacak olandan yana yapabilmektedirler. Hastalar artık hastanelerin sunmuş oldukları ürünlerinin tüketicileridir. Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma olanağı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümü olarak tanımlanabilmektedir (Tınmaz, 2008, s.26). Günümüz koşullarında yaşanan rekabet ortamında kaliteyi, kuruluşun yöneticileri veya kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirlemektedir (Bakır, 2006, s.14). Dolayısıyla, hastaneler, müşterilerinin kim olduğunu belirleyerek, müşteri gereksinimlerini etkin bir biçimde karşılamaya yönelik gerekli kararlılığı göstermeleri gerekmektedir (Dicle 2000, s. 15). Hastaların istek ve beklentileri hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli faktörlerdendir (Tınmaz,2008, s.31). Çünkü sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olması ya da hasta istek ve ihtiyaçlarını karşılaması durumunda hasta o sağlık kurumunu seçecek ve kaliteli hizmet almaya devam ettiği sürece o kurumu yeniden tercih edecektir (Gülmez, 2005, s.157).

### 3.4.2. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti

Roderick (1994, s.23)'e göre, müşteri memnuniyeti kavramı beş ana ilkeyle açıklanabilmektedir: Bunlardan birincisi, müşteri memnuniyetinin sağlanmasında yönetimin önemli bir role sahip olmasıdır. Nitekim işletme yönetiminin değişen ve gelişen hizmet sektörü içerisinde, müşterilerin sürekli yenilenen istek ve ihtiyaçlarını saptayıp, sunduğu hizmetin kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapması gerekmektedir. İkinci olarak, müşteri memnuniyeti işletmenin karlılığı açısından önemli bir unsurdur. Tatmin olmuş müşteri, yakınlarına yapacağı tavsiyelerle birçok müşteri sağlayabilecektir. Üçüncü ilke tüm işletme organizasyonunu içine alan ilkedir. Buna göre müşterinin, işletmenin bazı hizmetlerinden memnun olup, bazılarında memnun olmaması, hizmet kalitesinin aksadığını gösterir ki, bu da işletmenin sunduğu hizmetlerin genelinde müşteri memnuniyetinin etkisini düşürmektedir. Müşteri memnuniyeti için işletmelerin sürekli kendilerini yenileyerek geliştirmelerinin gerekliliği şartı dördüncü sıradadır. Beşinci sırada ise işletmelerde müşteri memnuniyeti ölçümünün büyük bir özveri ve hassasiyetle yapılmasının sağlanarak sunulan hizmetin kalitesini arttırmak gelmektedir. Açıklanan bu beş ana ilke sağlık hizmetlerinde de müşteri memnuniyetini etkilemede önemli bir role sahiptir (Bakır, 2006, s.18). Sağlık hizmetlerinde kalitenin öneminin artması hasta ve sağlık hizmeti sağlayan kurumlar açısından faydalar ortaya çıkarmaktadır (Clemes vd., 2001, s.4).

Hizmet sağlayıcı girdileri ile sağlık hizmetinin çıktıları arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için geniş kapsamlı olarak hasta memnuniyeti düzeyi belirlenmelidir (Thiele ve Bennett, 2010, s.198). Sağlık hizmetini satın alan müşterinin (hastanın) memnun olması sağlık kurumunun olumlu olarak reklamının yapılmasını da beraberinde getireceği için iki tarafında memnuniyetinin sağlanması kalitenin iyileştirilme çalışmalarında önem arz etmektedir. Müşteri memnuniyetiyle ilgili olarak yapılan çalışmalar sonucu memnun müşterinin daha sadık olabileceği, daha az şikâyet edeceği, tıbbi tedavi için daha tamamlama isteği içinde olacağı ve hayat kalite algısının yüksek olacağı gibi sonuçlar literatürde yer almaktadır (Thiele ve Bennett, 2010, s.197). Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında en önemli sorun kalite olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık sektöründe oluşan rekabet ve özel hastanelerin hızla artması, müşteri memnuniyetine verilmesi gereken önemi arttırırken, sağlık işletmeleri müşteri

memnuniyeti ölçümlerinin önemini kavramış ve de sağlık hizmetlerini müşteri odaklı yaklaşım ve müşteri memnuniyeti kavramlarına uyarlamaya çalışmakta büyük adımlar atmaya başlamışlardır (Bakır, 2006, s.17). Sağlık hizmeti bir süreç olarak ele alındığında, hastanın değerlendirmelerinin bu süreç boyunca değişebileceği göz ardı edilmemelidir. Önemli olan bir önceki süreçte meydana gelmiş olan hataları düzeltebilmek veya bir sonraki aşamada önceki süreçte edinilmiş olumlu değerlemeleri sürdürebilmektir (Şengül, 2008, s.163). Hasta tatmini ölçümleri çok yoğun bir odaklanmayı gerektirmesi nedeniyle diğer sektörlerdeki müşteri tatmini ölçümlerinin gerisinde kalmıştır (Thomas, 2003, s.39). Bu nedenle, alınan hizmetten tatminin ölçülmesinde, hizmet alan kişilerin bilişsel ve duygusal davranışları hakkında bilgi edinilmeye çalışılmakta, bu tip davranış kalıpları soyut nitelik taşıdıkları için somut nitelik taşıyan özelliklerin ölçülmesi kadar kolay olamamaktadır (Şengül, 2008, s.163). Hasta memnuniyetsizliği hastanın başka bir doktor seçme özgürlüğü ile hastaneyi tekrar tercih etmemesi üzerine yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, %5 müşteri memnuniyetsizliği gelirden 150.000 dolarlık bir kayba neden olabilmektedir (Thiele ve Bennett, 2010, s.195). Dolayısıyla müşteriler ve hizmet sağlayıcılarının, tatmin ve sadakat gibi sağlık hizmeti çıktılarını yaratmada önemli bir role sahip olduğu unutulmamalıdır (Thiele ve Bennett, 2010, s.198). Tüketici araştırmaları ve pazarlamacılar açısından müşteri memnuniyeti hem teorik hem de pratik açıdan önemli bir konu olarak literatürde yerini korumaktadır (Vanniarajan ve Anbazhagan, 2007, s.725).

### **3.4.3. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Unsurlar**

Sağlık sektöründe hasta memnuniyeti odaklanılan konuların merkezinde yer almaktadır. Önceki çalışmaların sonuçlarına göre iyi bir sağlık hizmeti deneyimi yaşayan müşteriler, kötü bir deneyime sahip olanlara göre daha çok memnun olmaya yatkındırlar. Memnun müşteri, sadık olmaya ve yakınlarına tavsiye etmeye daha yatkındır, daha az şikayet eder ((Thiele ve Bennett, 2010, s.196-197) Müşteri memnuniyeti tek boyutla direkt olarak ölçülebilecek bir kavram olmamakla birlikte kökeninde birçok faktörü barındırmaktadır (Eroğlu, 2005, s.11).Sağlık kurumlarında hizmeti alırken hastanın özellikle etkileşim içerisinde olduğu fiziksel özelliklerin önemi büyüktür. Sağlık sektöründe, hasta odalarının düzeni, teşhis ve tedavide kullanılan her türlü tıbbi cihaz, hastane içi ve dışı tanıtıcı levhalar, ısınma ve havalandırma sistemleri, hemşire çağrı cihazları, banyo ve tuvaletlerin hasta ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş olması, hasta refakatçileri için gereken düzenlemelerin yapılmış olması ve otopark

hizmetleri gibi hizmetler fiziksel özellikler boyutu altında yer almaktadır (Akdoğan, 2011). Bunların hepsi hasta ve yakınlarının almış oldukları sağlık hizmetinin tatmin düzeylerinde olumlu etki yaratacağı gibi sadakatlerinde de etkili olabilecektir.

Müşteri memnuniyetini ölçmek için, müşterinin kim olduğu ve memnuniyetin ne demek olduğu kavramları üzerinde durulması gerekir (Eroğlu, 2005,s..8). Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmede dikkate alınması gereken temel kriterlerden biridir. Leebov ve Scott (1994, s.16), sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler. Bunlar (Tınmaz, 2008, s.27-28,):

- *İnsancıl nedenler:* Hastaların temel haklarının basında en iyi ve en kaliteli sağlık hizmetini alma hakkı gelmektedir. Bu yüzden verilen hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekir.
- *Ekonomik nedenler:* Sağlık hizmetlerinin en önemli alıcısı hastalardır. Hasta memnuniyeti, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde arttırmaktadır.
- *Pazarlama:* Sağlık kurumları müşteri potansiyelini arttırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta memnuniyetine önem vermek zorundadırlar.
- *Etkililik:* Aldıkları hizmetten memnun kalan hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Memnun kalan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar. Bu durum sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek negatif etkiyi ortadan kaldırabilir veya minimize edebilir.

Hasta memnuniyeti araştırmalarının üzerinde durdukları boyutların incelenmesi sonucunda, literatürde, hastaların memnuniyetlerini değerlendirmelerinde, dokuz boyutun sıklıkla kullanıldığı izlenmiştir. Bunlar (Tınmaz, 2008, s.31; Leebov ve Scott,1994, s.16; Gupta, 2008, s.19-24; Milutinovic vd.,2010, s.461-462);

- *Hasta-doktor ilişkisi:* Hastaların, hastane içerisinde ve dışında doktorlar hakkındaki değerlendirmeleri iki ana konu etrafında yoğunlaşmaktadır. Birincisi bakımın teknolojik ve profesyonel yönü, ikincisi doktorun hastaya karşı tutumu ve iletişim yeteneğidir. Son yıllarda hastaların, ikinci yön olan, iletişimle ilgili değerlendirmeleri ve buna verdikleri önem ilk yöne göre ağır basmaktadır. Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket, güler yüz ve saygı gösterme gibi davranışlarına dikkat ederler.
- *Hasta-hemşire ilişkisi:* Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süresi boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel grubu hemşirelerdir (Milutinovic vd, 2010, s.461). Bu nedenle, hemşire davranışlarının hasta tatminindeki rolü son derece önemlidir. Hemşirelerin, güler yüz, nezaket ve saygılı davranışları, hasta memnuniyetini olumlu yönde etkiler. Doktor hasta ilişkisinde olduğu gibi, hasta hemşire ilişkisi de birçok faktörden etkilenmektedir. Bu ilişki, hastanın çeşitli özellikleri ile etkilenebildiği gibi; sistemdeki etkileşimin yeterli olmaması, iyi ve doğru kayıtlarla işlemlerin ve sorumlulukların yerine getirilmemesi gibi nedenlerden veya hemşirenin duyguları ve tepkileri, eğitimi, kişisel özellikleri gibi etmenlerden de etkilenebilmektedir.
- *Hasta-diğer hastane personeli ilişkisi:* Hastaların sağlık personeliyle ilişkilerinin niteliği, kendilerine yapılan işlemlerden memnuniyetini önemli ölçüde etkiler. Sağlık personelinin hastalarla konuşma biçimleri, onlara iyi davranıp davranmamaları, hastaların onlarla ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini belirler. Hastanede çalışan personelin kişilik özellikleri, hastaya karşı davranışını da etkilemektedir. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha çok uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır.

- *Bilgilendirme:* Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, alacağı tedavi konusunda hekimle beraber karar vermesi kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesini sağlamaktadır. Çünkü hastalar sağlık durumlarını ve rahatsızlıklarıyla ilgili nasıl bir tedavi sürecinden geçeceklerini merak etmektedirler.
- *Yemek Hizmetleri:* Yapılan memnuniyet araştırmalarında, sağlık kurumundan taburcu olan hastaların en fazla hatırladıkları bölüm yemek hizmetleridir. Hastalar yemeğin sadece kalitesini değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler.
- *Fiziksel ve çevresel koşullar:* Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları bireylerin çok üzerinde durdukları ve önem verdikleri tatmin boyutlarından biridir. Düzensiz ve yetersiz hasta odaları ile bakımsız bir hastane hastaların Şikâyet nedeni ve tatminsizlik unsuru olmakta, hastanenin yeniden tercih edilme Şansını olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel ortam hizmet satın alımı öncesinde aranan ipuçlarını vermesi bakımından önemli bir kaynaktır.
- *Bürokrasi:* Hasta memnuniyetinin sağlanması zaman faktörü önemlidir. Zamana ilişkin hasta memnuniyetsizlikleri, hastanın teşhisi aşamasından sonra hastaneye yatış sırasında ve tedavi sırasında olmak üzere üç Şekilde ortaya çıkmaktadır. Bürokrasi, her üç aşamada da zaman kaybına neden olan önemli bir tatminsizlik kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bekleme sürelerinin uzunluğu, randevu alınmasıyla gerçekteşmesi arasındaki zaman kayıpları da bu tatminsizlik kaynakları arasında gösterilmektedir.
- *Güven:* Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Ayrıca, hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet, hastanın hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından

edinilen bilgilerin gizliliğinin korunmasıdır. Hasta mahremiyetinin korunması temel hasta hakkıdır.

- *Ücret:* Hastaların bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarının niteliği de hastaların değerlendirme kriterlerini etkileyebilmektedir. Hizmeti karşılamada mali sıkıntısı olmayan sosyal güvence kuruluşlarına bağlı hastaların, maliyetlere karşı daha kayıtsız olduğu belirlenmiştir.

Cronin ve Taylor (1994) tarafından yapılan bir çalışmada müşteri memnuniyetini etkileyen ve oluşturan faktörler arasında sunulan ürünün performansı, müşteri beklentileri ve algılanan kalite performansı yer almaktadır. Bu faktörlerden algılanan kalite performansı ile müşteri beklentisi değişkenleri müşteri tarafından kıyaslanarak hizmet kalitesi hakkında bir algı ve değerlendirme sürecini beraberinde getirmektedir (Cronin ve Taylor, 1994, s.38). Hayes (1997, s.7)'e göre müşteri beklentilerinin karşılanması ve bu beklentileri aşan hizmeti sunmak için öncelikli koşul müşteri ihtiyaç ve beklentilerini ortaya koymaktır. Bunları anlamamanın iki önemli yolu vardır: Birincisi müşterinin ürün-hizmet kalitesini nasıl tanımladığını ve değerlendirdiğini öğrenmek, ikincisi ise müşteri memnuniyetini ve hizmet kalitesi ölçüm yöntemlerinin gelişmesini sağlamaktır. Kalite ve müşteri memnuniyeti günümüz zorlu rekabet ortamında işletmeler için başarılı ve devamlı olabilmeleri açısından hayati bir öneme sahiptir (Fen ve Lian, 2006, s.60).

### **3.5.Sadakat Kavramı ve Sağlık Sektöründe Müşteri Bağlılığı**

Bu başlık altında modelde yer alan bağlılık kavramıyla ilgili literatür incelenmiş olup, sağlık sektöründe hasta sadakatiyle ilgili önceki çalışmalara yer verilmiştir.

#### **3.5.1. Bağlılık Kavramı**

Müşteri memnuniyeti üzerine odaklanan örgütler, satın alma sonrası kişilerin zihinlerinde oluşturacakları konumların sayesinde kendi tanıtımlarını ağızdan ağza ve benzeri yollardan reklamlarını yapacak sadık bireyler oluşturabilmektedirler (Kim vd., 2008, s.1311; Zeithaml ve Bitner, 2003). Newman ve Werbel (1973)'e göre, tatmin olmayan müşteriler, tatmin olan müşterilere göre daha az aynı ürün ya da markayı satın



alma eğilimi içerisinde bulunurlar. 1980 yılında Oliver tarafından yapılan bir çalışma bu savı destekler nitelikte olup, müşteri memnuniyetinin tutumda bir etkiye sahip olduğunu ve bu etkiyle müşterilerin tekrar satın almayı gerçekleştirebileceğini ortaya koymaktadır (Yoo, 2005, s.189). Oliver (1999)'a göre müşteri bağlılığı dört aşamadan meydana gelmektedir. Bu aşamalar, bilişsel bağlılık aşamasıyla başlayıp, duygusal bağlılık, niyetsel bağlılıkla devam ederken son aşamada ise, eylem bağlılığı ile son bulmaktadır. Oliver'a göre bilişsel bağlılık aşamasında müşteri, ürünün fiyatı ve özellikleri gibi bilgilere dayalı olan bir bağlılık geliştirir. Duygu ve hislerin ortaya çıktığı duygusal bağlılık aşamasından sonra, müşterinin ürünü satın alma niyetini açıkça belli ettiği niyetsel bağlılık aşaması gelmektedir. Bu niyetin davranışa dönüşmesi son aşamada gerçekleşir (Nakıboğlu, 2008, s.74). Ganesh ve diğerleri (2000), aktif ve pasif bağlılık olarak iki tür bağlılıktan söz eder. Bunlardan, aktif bağlılık, bireyin çevresine işletmeyle ilgili olarak olumlu görüşlerini paylaşması, olumsuz görüşlerini söylemekten kaçınıp, aynı zamanda işletmenin ürünlerini satın almaya devam etmesiyle açıklanırken, pasif bağlılık ise, müşterinin sürekli satın aldığı firma ürünlerin fiyatını yükseltse ve diğer işletmeler aynı ürünleri daha ucuz fiyata sunsa dahi müşterinin yine aynı firma ile çalışmaya devam etmesi olarak açıklanabilmektedir (Nakıboğlu, 2008, s.74). Müşteri sadakati kavramı Lee ve diğerleri (2001), tarafından firmanın ürünlerini diğer kişilere tavsiye ederken, tekrar ürün ihtiyacı olduğunda aynı marka ve ürünleri tekrar satın almak olarak ifade edilir. Pearson (1996), yine benzer bir ifadeyle müşteri sadakatini, müşterilerin zihinlerinde markanın ürünleriyle konumlanması ve tekrar satın alımların bu sayede aynı firmadan gerçekleşmesi olarak tanımlamıştır. Zeithaml ve diğerleri (1996)'ne göre, tüketiciler eğer satın aldıkları bir hizmetten memnun kalırlarsa, bunun olumlu sonuçlarını firmaya yansıtacaklardır. Bu olumlu sonuçlar arasında müşteri sadakati, ürünlere daha yüksek bedel ödemeye gönüllü olma, diğer kişilere firmayla ilgili olumsuz görüş bildirmeden kaçınma eğilimleri yer almaktadır. Boulding ve diğerleri (1993); Cronin ve Taylor (1992); Orel ve Kara (2012)'nin yaptığı çalışmalarda müşteri memnuniyetinin müşterilerin satın alma niyetleri üzerindeki güçlü etkileri ortaya konmuştur.

### 3.5.2. Sağlık Sektöründe Hasta Bağlılığı

Memnuniyet insanların ne söylediği ile alakalı iken, sadakat ise ne yaptıkları ile ilgilidir ve bu nedenle iyi bir sonuç olarak hasta memnun ise, sadakat ile aralarında güçlü bir neden ilişkisinden söz edilebilmektedir. (Chahal,2008, s.46). Hasta memnuniyetiyle ilgili yapılan birçok araştırma için beşli Likert ya da derecelendirme ölçeği kullanılır ve derecelendirme, “5 Mükemmel”, “4 Çok İyi”, “3 İyi”, “2 Kötü” ve “1 Çok Kötü” şeklinde belirlenir. Birçok yönetici için “çok iyi” yeterli bir sonuç olarak kabul edilir. Bunun başlıca nedeni yöneticilerin, hastalar açısından “mükemmel” memnuniyet seviyesini yakalamanın çok fazla maliyet gerektireceğini ve memnun olmamış müşteriye odaklanmanın maliyete etkisinin çok olacağını düşünmelerine bağlıdır(Otani vd., 2009, s.94). Birçok çalışmaya göre (Jones ve Sasser, 1995; Stewart, 1997; Carr, 1999), belli oranda tatmin olan müşterinin ihtiyaç durumunda tekrar kurumu tercih etme olasılığı çok yüksek değildir. Ancak “mükemmel” düzeyde tatmin olmuş müşteri sadık müşteridir ve uzun vadede işletmenin ayakta kalmasına destek olur (Otani vd., 2009, s.94). Bu bağlamda, hasta memnuniyeti ile hasta sadakati arasında güçlü bir ilişki vardır. Memnuniyet insanların söyledikleriyle ölçülebilirken, sadakat ise müşterilerin yaptıklarıyla ilgili olarak tarif edilebilir (Lee, 2003). Eğer bir hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinden memnun ise o hastanenin sadık müşterisi haline gelebilir ve olumsuz bir durum olmadığı sürece de sürekli aynı hastaneyi tercih eder (Chahal, 2008, s.46). Sağlık hizmeti sunan kurumlar açısından kaliteli hizmet sunmaları mevcut ve potansiyel hasta ve hasta yakınlarının başka doktor ya da sağlık kuruluşuna kaymalarını engellemesi dolayısıyla daha çok önem kazanmaya başlamıştır. Müşteriler için güven yaratmak, müşteri bağlılığına pozitif yönde etki etmekte iken, bu bağlılık müşterilerin devamlı olarak aynı hizmet sağlayıcısını tercih etmelerine neden olmaktadır (Suki, 2011, s.1207). Özellikle sağlık sektöründe tüketicilere göre hizmetin performansı onların algıladığıdır. Bu demektir ki, sağlık tüketicileri kendi kalite değerlerini kendileri oluşturmakta ve hizmetin tekrar alımı için kararlarını ona göre vermektedirler. (Paul III, 2003, s. 458).

Günümüzde birçok ülkede hastalar istedikleri hastanede tedavi görebilme özgürlüğüne sahip olarak yaşamaktadırlar. Bu durum sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında yoğun bir rekabeti de beraberinde getirmektedir. Artık sağlıkta başarı sadece teknik becerilerin iyi olması ile bağlantılı olmayıp, müşterilerin memnuniyetleri ve

ihtiyaç olduğunda tekrar aynı hastaneyi tercih etmelerini sağlamaları ile ölçülebilmektedir (Thiele ve Bennett, 2010, s.195). 2006 yılında hasta sadakatini arttırmak için yapılan bir çalışmada yüksek etkiye sahip olan beş ana değişken tanımlanmıştır Bunlar; hastanın ağrısının kontrol edilmesindeki memnuniyeti, beklenen zaman, doktordan memnuniyet, genel memnuniyet ve diğer hastaların tavsiyeleri olarak ifade edilebilmektedir. Aynı çalışmada (Chaska, 2006, s.46), hasta sadakatini geliştirmek her şeyden önemli olup, öncelikli olan doğru şeyi yapmak olarak ifade edilmektedir. Büyük küçük tüm sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda hasta sadakatini yönetebilmek önemli bir güçtür ki, bu sayede hastanenin geliri, karlılığı ve hacmi genişler. Suki (2011), Malezya'da faaliyet gösteren kamu ve özel kesim hastanelerinde 200 hastayla görüşerek yaptığı çalışmasında, doktorların hasta bağlılığı yaratmadaki etkinlik düzeylerinin çok yüksek olduğu, doktorun ününün hastaneyi tekrar tercih etme ve tavsiye etme üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Lee, Khong ve Ghista'nın 2006 yılında hastalarla yaptıkları bir araştırmanın sonucuna göre, her 100 hastadan 70'i eğer kurumun sunmuş olduğu hizmetten memnun değillerse, bir daha aynı kurumdan hizmet almayı düşünmemektedir. 1998 yılında Angelopoulou, Kangis ve Babis Yunanistan'daki kamu ve özel hastaneleri karşılaştırmışlardır. Kamu hastanelerinde doktor ve hemşirelerin yeteneklerinden hastaların memnun olduğu sonucu çıkarırken, özel hastanelerde ise hastalar hastanenin fiziksel imkânları, bekleme zamanı ve hasta kabul prosedürlerindeki memnuniyetlerini belirtmişlerdir. Varinli ve Çakır'ın 2004 yılında yapmış oldukları çalışmanın sonucuna göre, hastanelerin hastaneyi tekrar tercih etmelerindeki en önemli iki faktör doktor tutumları ve tedavi ücretleri olarak belirtilmiştir.

Sağlık hizmetleri sağlayıcıları için hasta tatmini, yüksek oranda hastaların elde tutulması, olumlu kulaktan kulağa iletişim ve yüksek karlılık, hastanın doktor tarafından kendisine verilen tavsiyelere ve isteklere uyma eğilimini artırması gibi olumlu sonuçlar doğurucu etkiler yaratır (Peyrot vd.,1993; Zeithaml, 2000; Bakır, 2006, s.17-18). Eğer hastanın sadakat değeri yüksek ise tıbbi hizmet sunanlar için etkin müşteri veri tabanı yaratmalarında ve yeni müşteri elde etme maliyetlerinde düşüş söz konusu olacaktır (Suki, 2011, s.1207). Bu nedenlerden dolayıdır ki, hasta tatmininin ölçülmesinin, sağlık kuruluşları açısından büyük yararları vardır.

Sağlık sektöründe sadakat ve tatmin ile ilgili yapılan önceki çalışmalarda (Thiele ve Bennett, 2010; Peyrot vd.,1993; Zeithaml, 2000; Bakır, 2006; Suki, 2011; Lee, Khong ve Ghista, 2006) da görüldüğü gibi, hasta tatmini her zaman sadakati getirmediği görülmektedir. Adı geçen çalışmalarda, ağırlıklı olarak hastaların tedavi için bekledikleri zamanın, onlar üzerinde oluşturduğu negatif etki incelenmiştir. Yine doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin tutum ve davranışlarının da hasta ve yakınları tatmin ve bağlılıklarını etkilediği göze çarpmaktadır. Bu özelliklerin yanı sıra hasta ve hasta yakınları tedavi sürecinin başlangıcından, hastanın taburcu olacağı sürece kadar hastanelerin sunmuş olduğu hizmetleri inceler ve kendi bakış ve algılarına göre değerlendirilmesini yapar.

## BÖLÜM IV

### YÖNTEM

Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda geliştirilen hipotezlerin test edilmesinde gerekli birincil verilerin elde edilmesi için anket yöntemine dayalı nicel bir saha çalışması yürütülmüştür. Ancak nicel çalışmanın öncesinde bu çalışmayı destekleyici olarak araştırmanın hipotezlerinin daha sağlıklı kurulması ve anket formunda yer alacak ifadelerin düzenlenmesini sağlamak üzere bir nitel çalışma yapılmıştır. Araştırmanın yöntemi dört kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda; nitel çalışmaya yönelik metodolojik yapı sunulmuştur. İkinci kısımda; araştırmanın modeli ve hipotezlerine yer verilmiştir. Çalışmanın amaçlarına ulaşmasını sağlamak üzere gerçekleştirilen nicel araştırma kapsamında üçüncü kısımda, araştırmanın ana kütesine ve örnekleme sürecine, dördüncü kısımda; araştırma kısıtlarına ve beşinci kısımda araştırmanın veri toplama yöntemine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

#### 4.1. Nitel Araştırma Kapsamında İzlenen Yöntem

Nitel araştırma kapsamında veri toplama yöntemi olarak, görüşme yöntemi (mülakat) kullanılmıştır. Görüşme tekniğinin temel amacı genellikle bir hipotezi test etmek değil; bunun yerine insanların deneyimlerini ve bu deneyimleri nasıl anlamlandırdıklarını anlamaya çalışmak olup, odaklanılan nokta insanların öyküleri, betimlemeleri ve düşünceleridir (Seidman,1991, s.3). Görüşme yöntemi; ankete göre daha derin veriyi sağlama, yeni fikir ve izahların gelişme, cevapların daha güvenilir ve doğru olması ihtimalini arttırma, yanlış anlaşılmalara ve verilerin geçerliliğine olumsuz yönde etki edecek hataların indirgenmesi ve ek sorular sorma imkanı ile konuların daha iyi açıklanabilmesi gibi faydaları sunmaktadır (Keleş, 2011,s.74). Schofield (1990, s.226), görüşme tekniğinin kullanıldığı çalışmalarda temel amaç çalışılan örneklemden elde edilen bilginin örneklemin temsil ettiği evrene genellemesi değil, tersine çalışılan kişilere benzer ya da aynı özellik gösteren kişilere genellemesidir. Bu nedenle görüşme gibi nitel araştırma tekniklerinin kullanıldığı bilimsel çalışmalarda örnekleme dair çok sıkı kuralların bulunmadığını belirtmektedir. Örneklemin sayısı, ne öğrenilmek istendiğine, çalışmanın amacına, neyin daha fazla kullanışlı ve güvenilir olduğuna ve

son olarak da sahip olunan kaynak ve zaman içinde nelerin yapılabileceğine bağlı olarak değişebileceğini belirtmektedir (Türnüklü, 2000, s.544).

Bu tez çalışmasında nitel araştırma kullanılmasının temel amacı, araştırma hipotezlerinin oluşturulmasına ve nicel verileri elde etmek üzere kullanılacak olan anket formunun hazırlanmasına katkı sağlamaktır. Nitel araştırma kapsamında yürütülen görüşme, yapılandırılmış görüşme tekniğinden biraz daha esnek olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği olarak belirlenmiştir. Bu teknikte, araştırmacı önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme protokolünü hazırlar. Buna karşın araştırmacı görüşmenin akışına bağlı olarak değişik yan ya da alt sorularla görüşmenin akışını etkileyebilir ve kişinin yanıtlarını açmasını ve ayrıntı vermesini sağlayabilir. Eğer kişi görüşme esnasında belli soruların yanıtlarını başka soruların içerisinde yanıtlamış ise araştırmacı bu soruları sormayabilir. Buna ek olarak, görüşme boyunca yeni sorular sorulmasının gerektiği hallerde, bu yeni sorular da görüşülene yönlenebilmektedir (Mil, 2007, s.8; Türnüklü, 2000, s.544-545). Bu bağlamda çalışmada araştırmacı ve danışman tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış olup, nitel veriler toplanmış ve elde edilen verilere betimsel analizler uygulanarak çalışmanın belirlenen amaçlarına ulaşılması hedeflenmiştir. Görüşme formunda yer alan sorular, literatür taraması sonrasında hazırlanmış olup, iki uzmanın (bir yönetici ve bir akademisyen) incelemesi sonrasında son halini almıştır. Böylece, uzman görüşü alınarak veri toplama araçlarının (içerik) geçerliliği sağlanmıştır. Görüşme formunda yer alan sorulara, Ek1' de yer verilmiştir.

Türkiye ve Amerika'da bulunan özel, devlet ve üniversite hastanelerinin bazılarıyla direktörleri-müdürleri, başhekimleri, kalite ve eğitim müdürleri ile görüşmeler yapılmıştır. Bu yöneticilerle yapılan görüşmeler sırasında özellikle yatarak tedavi gören hastaların, hastanelerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik uygulamış oldukları yöntemler üzerinde durulmuştur. Nitel araştırma kapsamında Türkiye'de faaliyet gösteren başta Adana İl Sağlık Müdürü Sayın Aytekin KEMİK olmak üzere, Adana Acıbadem Hastanesi, BSK Metropark Adana Hastanesi, Özel Adana Hastanesi, Mersin Yaşam Forum Hastanesi, Gaziantep Primer Hastanesi, Başkent Üniversitesi Hastanesi, Prof.Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi ve Adana Numune Hastanesi yöneticileri ile görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerin başında, yöneticilere; tez çalışmasının amacı, nitel çalışmanın tez

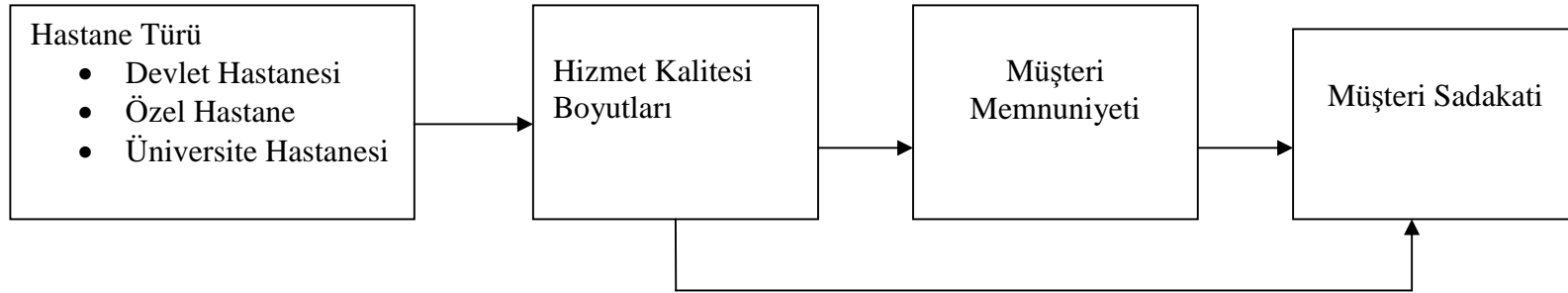
çalışmasına katkısı ve amacı açıklanmış ve görüşmenin içeriği ile ilgili genel bilgiler sunulmuştur. Görüşmeler, bireysel olarak yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde, hastaların almış oldukları sağlık hizmetine etki eden faktörlere yöneticilerin yaklaşımları ve bunlara yönelik çözüm önerileri üzerinde durularak hazırlanacak olan anket formu taslağı ile ilgili görüşleri alınmıştır. Ayrıca araştırmacı, özellikle bu konuda yurt dışında yapılan uygulamaları yerinde görme fırsatını yakaladığı bir burs programıyla Amerika'nın Tennessee Eyaletinde yer alan dört büyük hastanenin yöneticileri ile görüşmeler yapmış ve anket formunun hazırlanması için güncel ek bilgiler elde etmiştir. Amerika Birleşik Devleti, endüstriyel açıdan alt kümelere ayrıldığında hastane yönetimi açısından en gelişmiş bölge olarak kabul edilen Nashville/Louisville'dir (Wild, Wild ve Han, 2008, s.169). Nitel çalışma kapsamında bu bölgede yer alan dört hastanenin yetkilileriyle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. 07 Nisan- 05 Mayıs 2010 tarihleri arasında Middle Tennessee State Hospital (Nashville), Crocket Hospital (Lawrenceburg), Murfreesboro Physical Rehabilitation Center, (Murfreesboro) ve Jackson-Madison County General Hospital (Jackson) ziyaret edilmiştir. Görüşme sırasında özellikle hastanelerini tercih eden hastaların memnuniyetlerini ölçme yöntemleri, hastaların bağlılıklarını arttırmak için uyguladıkları stratejiler ve sundukları sağlık hizmeti kalitesini arttırmaya yönelik izledikleri yol ve yöntemler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

## **4.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri**

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına ve önceki çalışma sonuçlarına bağlı olarak belirlenen araştırma modeli ve araştırmanın hipotezlerine yer verilmiştir.

### **4.2.1. Araştırma Modeli**

Araştırma modeli, tanımlayıcı araştırma modelidir. Tanımlayıcı araştırma modelindeki amaç, eldeki problemi, bu problemle ilgili durumları, değişkenleri ve değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamaktır (Tekin, 2007, s.49; Kurtuluş, 2004, s. 252). Bu modelle, iki veya daha fazla değişken arasında ilginin derecesi belirlenebilmektedir (Kurtuluş, 2004, s.252). Değişkenler ve bu değişkenler arası ilişkileri gösteren araştırma modeli Şekil 6'da yer almaktadır.



Şekil 6. Araştırma Modeli



#### 4.2.2. Araştırma Hipotezleri

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin geliştirmiş olduğu ölçeği geliştiren Cronin ve Taylor 1992 yılında sunulan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik boyutları geliştirmişlerdir. Bu boyutlardan yola çıkarak Shemwell ve Yavaş (1999) ve Raju ve Lonial (2001) yaptıkları çalışmalarında sağlık hizmetlerinde sunulan kalitenin farklı boyutlardan oluşabileceğini savunmuşlardır. Yağcı ve Duman'ın 2006 yılında yapmış oldukları çalışmanın bir sonucuna göre hastane türlerine göre ayakta tedavi gören hastaların hastane türlerine göre algıladıkları hizmet kalitesi boyutları arasında farklılık vardır. Sağlık hizmeti kalite boyutlarıyla ilgili literatürde yer alan çalışmalar bir önceki bölümde detaylı olarak verilmiştir.

Bu çalışmalardan hareketle, çalışmanın ilk hipotezi şu şekilde geliştirilmiştir.

**H<sub>1</sub>:** *Yataklı tedavi hizmeti alan hastaların algıladığı hizmet kalitesi boyutları hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.*

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlarla, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklerle, hizmetten beklenen performansına, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine uygunluğuna bağlı olarak gelişir (Engiz, 2007). Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti talepçilerinin subjektif ve değişken algılarını içeren bir kavramdır (Larrabee ve Bolden, 2001, s.140). Memnuniyet, hasta bakımının yapı, süreç ve sonucu ile ilişkili olduğu kadar hastanın sosyo demografik, fiziksel ve psikolojik durumunu, davranışlarını ve beklentilerini de içermektedir (Beech, 1995). Memnuniyet araştırmalarında en yaygın sorun, çok az hastanın verilen bakımı eleştirmesi ve memnuniyetsizlik ifade etmesidir (Abramowitz, Cote ve Berry, 1987, s.122). Diğer bir faktörde minnet duygusudur. Hastalar memnun olmasalar bile, sağlıklarıyla ilgili hizmet aldıkları için sağlık personeline minnet duymakta ve olumsuz görüş bildirmemektedirler (Özen vd., 2011). Bazen de hastalar bazı problemlerin çözülemeyecek kadar büyük olduğunu düşündükleri için doğru yanıtlar vermemektedirler (Sitzia ve Wood, 1997, s.1829). Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan müşteri tatmini, genel olarak “müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Müşteri tatminini etkileyen bir diğer faktör

ise alınan hizmete yönelik algılamalardır ki, bunlar da bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülür. Algılama faktörü de müşterinin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimleriyle bağlantılı olarak incelenir (Kavuncubaşı, 2000). Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal-kültürel özelliklerine, sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre de farklılık gösterebilmektedir (Esatoğlu, 1997; Kavuncubaşı, 2000). Müşteri tatminini arttırmayı hedefleyen sağlık kurumu yöneticilerinin öncelikle yapması gereken faaliyet, tatminsizliğin hangi hizmet veya hizmet sürecinden kaynaklandığını ortaya çıkarmaktır. Memnuniyet insanların ne söylediği ile alakalı iken, sadakat ise ne yaptıkları ile ilgilidir ve bu nedenle iyi bir sonuç olarak hasta memnun ise, sadakat ile aralarında güçlü bir neden ilişkisinden söz edilebilmektedir. (Chahal, 2008, s.46). 2006 yılında hasta sadakatini arttırmak için yapılan bir çalışma da yüksek etkiye sahip olan beş ana değişken tanımlanmıştır (Chaska, 2006, s.45). Bunlar, hastanın ağrısının kontrol edilmesindeki memnuniyeti, beklenen zaman, doktordan memnuniyet, genel memnuniyet ve diğer hastaların tavsiyeleri olarak ifade edilebilmektedir. Pazarlamacılardan ziyade özellikle sağlık alanında çalışma yapan bazı kuramcılarının çalışmaları Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12

*Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmış Bazı Tatmin ve Bağlılık Çalışmaları*

Yazarlar	Uygulama Alanı	Bulgular
Ammentorp vd.,2005	Pediatri Hastanesi	Öncelikler ve tatmin arasındaki en büyük uçurum idari işlerle ilgili beklenen zaman ile hasta çocukların tedavileriyle ilgili bilgilerin verilmesinde ortaya çıktığı görülmüştür. Ailelerin en çok tatmin olduğu nokta da ise her ne kadar uzman doktorların skorları yüksek olsa da hemşirelerin tutumları önde durmaktadır.
Amyx vd.,2000	Pratisyen hekim	Tedavileri iyi çıktı veren hastalar, kötü çıktı verenlere göre daha tatmin olarak ifade edilirken, doktorunu seçme hakkının verilmesine rağmen o doktor tarafından muayene ve tedavi edilmeyen hastaların daha az tatmin oldukları ortaya çıkmıştır. Doktorunu seçen ve seçmeyen arasında memnuniyetlik seviyesi için bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 12 (Devam)

Baker vd.,1998	Ruh hastalıkları	Müşteriler memnuniyetin üç önemli saçı ayağı olarak, hemşirelik hizmetlerini, yemek hizmetlerini ve tedavi yöntemini göstermişlerdir.
Bendall-Lyon ve Powers, 2000	Eğitim hastanesi	Yapısal memnuniyet (teslim etme, yemek ve oda özellikleri) ve süreç memnuniyeti (cerrah, doktor ve niyetler) küresel memnuniyete katkı sağlamaktadır. Küresel memnuniyet, geri gelme ve tavsiye etme niyetlerine etki eder
Bielen ve Demoulin 2007,	Hastane	Beklenen zaman memnuniyete etki eden bir esas ve memnuniyet-sadakat ilişkisinin moderatörü konumundadır.
Cronin vd.,2000	Sağlık hizmetleri, fast food, eğlence vb	Hem hizmet kalitesi hem de hizmet değeri memnuniyetin en belirgin tahminçileridir. Tatmin ve hizmet kalitesi sağlık sektörü hariç tüm sektörlerde davranışsal niyetleri etkiler.
Deeter, Schmelz ve Kennedy, 2003	Geniş bölgesel tıp merkezleri	Takım bağlılığı hasta bakım kalitesi ile ilgilidir ki bu aynı zamanda hasta memnuniyetinde de etkilidir.
Hausman,2003	Sosyal işler, kiliseler, berberler ve pratisyen hekimler	Profesyonel sağlık hizmetlerinin sosyal durumu, tatmini etkiler ancak ilişkinin gücü içeriğe göre çeşitlenmektedir (ilaçlar etkin bir sonuç gösterebilir) sosyal durumu hastayı daha sadık ve tavsiyeci bir şekilde sokabilir
Hausman,2004	Pratisyen hekim	Tatmin kendi içinde önemli bir çıktıdır ki, bir hekimin tavsiye edilmesinde veya edilmemesinde rol oynar. Tatminin itaat üzerinde etkisi bulunmamıştır.
Mittal ve Lassar,1998	Sağlık hizmetleri ve oto tamir	Tatmin müşteri her zaman sadık müşteri olmayabilir. Dolayısıyla sadakat ve tatmin konusunu iyi ayırt etmek gerekir. Sağlık hizmetlerinde, fonksiyonel kalitenin tatmini başlatması gerekir ki bu durum ortaya çıkınca teknik kalite sadakati destekleyecektir.
Shemwell vd,1998	Pratisyen hekim	Hizmet kalitesi olumlu yönde memnuniyet ile ilişkilidir. Memnuniyet negatif olarak şikâyet davranışı ile ilişkilidir.

**Kaynak:** Thiele,R.,Bennett, E.S.,R., *Patient influences on satisfaction and loyalty for GP Services*, Health Marketing Quarterly, 27(2), 2010,s. 195-214.

Sağlık kurumları, hasta bağlılığını sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerine odaklanmaktadır. “Hasta bağlılığı”, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih

etmeleridir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranları da artmaktadır (MacStravic,1991). Steiber ve Krowinski 1990 yılında yapmış oldukları bir araştırmada kalite, tatmin ve hastabağlılığı arasında yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu sonucuna varmışlardır (Kavuncubaşı, 2000). Peyrot vd. (1993), Caruana ve Fenech (2005), Choi vd. (2004), Argan ve Argan (2002), Bitner (1990), Gooding (1995), çalışmalarında tatmin olan hastaların birer dış müşteri olarak, sağlık kurumlarının reklamını yaptıkları yani hastanenin diğer tanındıklarına tavsiye ettikleri sonucuna varmışlardır. Hasta sadakatini geliştirmek her şeyden önemli olup, öncelikli olan doğru şeyi yapmaktır (Chaska,2006:46), Erdem ve diğerlerinin (2008) çalışmasına göre, hasta memnuniyeti hasta bağılılığı üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Elazığ ilinde 497 hastayla yapılan çalışmada, hastaların memnuniyet düzeyleri ve hastaneye bağılılıkları ölçülmüştür. Bu çalışmanın sonucuna göre, personelin ilgi ve nezaketi, idari hizmetler ve tıbbi hizmet, hastanın hastaneye bağılılığında etkilidir. Goldstein ve Schweikhart (2002), göre hasta tatmini için sunulan hizmet kalitesi belirleyici bir unsurdur. Önceki yıllarda yapılan bir çok çalışma bu savı desteklemektedir (Donabedian, 1982, O'Connor ve Shewchuk, 1989; Fornell, 1996; Cronin, vd. 2000, Wu vd., 2008). Hizmet kalitesi ile ilgili önceki çalışmalar (Cronin ve Taylor, 1992; Boulding vd., 1993; Taylor ve Baker 1994; Kim vd., 2008, Orel ve Kara, 2012) incelendiğinde, hizmet kalitesinin de müşteri sadakati için önemli bir yerde olduğu görülmekte olup, hizmetin önemli bir çıktısı olarak müşteri sadakati hizmet kalitesi ölçüm modellerinde yer almaktadır (Orel ve Kara, 2012).

Yaygın kabul gören bu görüş ve çalışmalar doğrultusunda H<sub>2</sub>, H<sub>3</sub> ve H<sub>4</sub> hipotezleri geliştirilmiştir.

**H<sub>2</sub>:** *Hizmet kalitesi boyutları-müşteri memnuniyeti ilişkisi hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.*

**H<sub>3</sub>:** *Hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağılılığına etki etme düzeyleri hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.*

**H<sub>4</sub>:** *Yataklı tedavi hizmeti alan hastalarda oluşan genel memnuniyet düzeyi hastaneyi tekrar tercih etmelerinde etkilidir.*

### 4.3. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın ana kütesini Adana Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde ikamet eden ve 5 Nisan 2011 ile 15 Mayıs 2011 tarihleri arasında Adana’da faaliyet gösteren hastanelerde en az bir gece yatmak şartıyla tedavi hizmeti alan hastalar oluşturmaktadır. Zaman ve kaynak yetersizliği nedeniyle araştırma Adana ili ile sınırlı tutulmuştur. En az 100 yatak kapasitesine sahip olan ve bir önceki yıl verilerine göre en fazla doluluk oranına sahip olan hastanelerden Adana ili sınırlarında hizmet sunumu yapan iki özel, iki devlet ve bir üniversite hastanesi olmak üzere toplam beş hastane belirlenmiştir. Daha sonra Belirlenen hastanelerin başhekimlikleri ile görüşülerek 14-15 Mart tarihlerinde ön test için, 04 Nisan -15 Mayıs 2011 tarihleri arasında ise yatan hastalarla anket formunun doldurulmasına yönelik izinler alınmıştır.

Ocak 2011 tarihinde Adana İl Sağlık Müdürlüğü’ne başvurularak tez çalışmasıyla ilgili izinler istenmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü vasıtasıyla Sağlık Bakanlığı ve Valilik izinleri sağlanmış olup, Sağlık Bakanlığı tezin uygulanmasında gereğinin yapılmasıyla ilgili olarak İl Sağlık Müdürlüğü nezdinde araştırma örnekleme için seçilen beş hastanenin müdürlüklerine çalışmanın önemini ve ivedilikle yardımcı olunmasının gerekliliğini belirten bir ön yazı göndermiştir (Ek-2).

Araştırmacı tarafından uygulama için belirlenen hastanelerde sağlık personelinin izni ve yardımları ile belirlenen tarih aralığında yatarak tedavi gören hastaların yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formundaki soruların cevaplanması sağlanmıştır. Üniversite hastanesinden 180, devlet hastanelerinden 200 ve özel hastanelerden 180 olmak üzere toplam 560 hasta ile görüşme yapılmıştır. Belirtilen tarih aralığında örnekleme alınan hastanelerde hasta hizmetleri, başhemşire ve kalite sorumlularınca tespit edilen zamanlarda anket formları uygulanmıştır. Aynı hastanede o dönemde yatarak tedavi hizmeti alan hastalardan sağlık durumu anket formunu doldurmaya daha elverişli olanları belirlemek için yardım alınmış ve hastanelerde rotasyonla hastalar ziyaret edilmiştir. Bu anket formlarından 551 tanesi değerlendirmeye uygun bulunmuştur. Anket formlarındaki sorular PASW Statistics 20 programında kodlanmış ve analize hazırlanmıştır.

Araştırmalarda araştırmacının amacı, araştırmanın içeriği ve sınırları dikkate alınarak tesadüfî olmayan (olasılıksız) örnekleme yöntemi seçilebilir. Bu araştırmada tesadüfî olmayan kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Olasılıksız örneklemede birimlerin ana kütlede örneğe seçimi kişisel yargılara dayanır. Burada hangi elemanın örnek kitleye gireceğine bilinçli olarak araştırmacı karar verir. Kolayda örnekleme olasılıksız örnekleme yöntemlerinden biridir. Kolayda örneklemede birimlerin seçimi büyük ölçüde görüşmeciye bırakılmıştır. Görüşmeci gözüne kestirdiği ya da uygun gördüğü kişiye anketi doldurmasını teklif eder (Nakip, 2003, 182).

#### **4.4. Araştırmanın Kısıtları**

Bütün diğer bilimsel çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da çeşitli kısıtlar bulunmaktadır. Adana'da iki üniversite hastanesi, 13 devlet hastanesi ve 8 özel hastane olmak üzere 23 sağlık kurumu hastane formatında hizmet sunmaktadır. Adana merkezde sağlık hizmeti sunan 2 devlet, iki özel ve bir üniversite olmak üzere toplam beş hastane çalışma kapsamına alınmıştır. Üniversite hastanelerinden biri çalışma örnekleme girmeyi kabul etmediği için diğer hastaneden örneklem alınmıştır. Örneklemin seçileceği hastaneler, 100 ve üzeri yatak kapasitesine sahip ve önceki yıllarda hasta sayıları kendi gruplarında diğerlerinden daha yüksek olanlardan oluşmaktadır. Hem Adana'da faaliyet gösteren tüm hastaneleri kapsamaması hem de Türkiye genelindeki tüm hastaları içermemesi dolayısıyla sonuçlar tüm hastaneler ve hastaların bütününe genellenememektedir. Araştırmanın saha çalışması kısmında anket formunu doldurması istenen kişilerin hastanedeki tedavilerinin izin verdiği ölçüde çalışma ilerleyebilmiştir. 04 Nisan-15 Mayıs 2011 tarihleri arasında, tedavisi anket formu doldurmaya uygun olanlar ile anket formundaki soru ve ifadelerin araştırmacılar tarafından okunması tedavisine engel olmayacak hastalar örneklem kapsamına alınmıştır. Bu da bir kısıt olarak nitelendirilmektedir.

Araştırma bu zaman ve maddi kaynak kısıtları çerçevesinde mümkün olabilen en geniş boyutlarda gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

#### 4.5. Veri Toplama Yöntemi

Ölçüm yapmanın temel amaçlarından biri, firmanın performansı hakkında bilgi verecek geçerli ve güvenilir verilerin temin edilmesidir. Dolayısıyla hastaların ihtiyaçları, beklentileri, tatmin ve diğer algılamalarıyla ilgili toplanacak verilerin güvenilir ve geçerli olması, ayrıca kuruluş performansı ile ilişkilendirilmeleri için sistematik yöntemlerin kullanılma gereği vardır. Alternatif olarak; odak grup çalışması, kritik olay değerlendirme, direk gözlem yazılı anket, arşiv çalışması, telefon anketleri vb. metotlar uygulanabilir. Bu metotların içinde hasta memnuniyetinin ölçümünde en çok kullanılan yöntem ise anket formu hazırlanarak uygulanmasıdır (Tınmaz, 2008, s.29).

Verilerin toplanması süresince daha önceden hastanede bu tür anket formlarını doldurtmada deneyimli olan beş uzman anketör ile görüşülmüş ve onlara yapılan bir oryantasyon ile anket formlarını nasıl doldurtmaları gerektiği anlatılmıştır. Araştırmanın ön-testleri birebir araştırmacı tarafından yapılmış olup, veri toplama sırasında karşılaşılabilecek engeller ve ifadelerin tam anlaşılabilmesine yönelik ipuçları anketörlere bizzat araştırmacı tarafından anlatılmıştır. Anket formları yatan hastalara uygulandığı için özellikle ilgili hastanelerde durumu anket formunu doldurmaya elverişli olan hastalara uygulanması sağlanmıştır. Çalışma süresince anketörler hastanelerde veri toplama işlevini yerine getirirken belirlenen hastanelerde araştırmacı da bulunmaya özen göstermiştir.

Çalışmada toplam 43 adet 5'li derecelendirme ölçeğinde (çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü) ifade algılanan hizmet kalitesini değerlendirmek için yer alırken hastaların, hastaneyi tercih etme durumları, tekrar tercih etme-tavsiye etme davranışları, nedenleri ve demografik bilgilerinin de sorgulandığı bir anket formu geliştirilmiştir.

##### 4.5.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırma modelinde görülen yapıların ölçümünde kullanılacak araçların belirlenmesine yönelik olarak detaylı bir yazın taraması gerçekleştirilmiştir. Yazın taramasında bu çalışmada kullanılan yapılara benzer yapıların ölçüldüğü çalışmalar incelenmiş, yayınladıkları kaynak, kullanılan ölçeklerin güvenilirlik sonuçları ve farklı çalışmalarda kullanılıp kullanılmadığına dikkat edilmiştir. Bunun sonucunda ilgili

yapıların ölçümünde önceki araştırmalarda kullanılan ölçeklere yer verilmiştir. Araştırma modeli ve ölçme araçlarının seçimi öncesinde gerçekleştirilen nitel araştırmalar ile elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen değişkenler de ölçeklere eklenmiştir.

Algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik anket formunda yer alan ifadelerin bazıları, literatürde önceden kullanılmış olup, nitel araştırmalar ile elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen yeni ifadeler ise benzer biçimde ölçeklendirilmiştir. Bu bağlamda, araştırma konusunun genişliğinden ötürü çok sayıda çalışmadan yararlanılarak hizmet kalitesi müşteri memnuniyeti ve bağlılık ilişki düzeyini ortaya çıkarmaya yönelik sorular geliştirilmiştir. Bu çalışmalar içinde en çok yararlanılan çalışmalar; Cronin ve Taylor (1992, 1994), Parasuraman vd. (1985,1991,1993), Oliver (1993), Choi vd. (2004), Fornell vd. (1996), Cronin vd.(1997), Gooding (1995), Dursun ve Çerçi (2004), Taş(2009), Rhode Island Department of Health Report (2002), Tınmaz (2008), Chahal (2008), Türk (2009), Taylor ve Baker (1994), Zerenler ve Ögüt (2007),Clemes vd. ( 2001), Tsai vd. (2008), Tatarlı (2007), Fogart vd.,(2000), Rahman vd.(2008) ve Nall (2002)'dir. Ayrıca anket formunun oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara uygulanan anket formları da incelenmiştir. Nitel araştırma kapsamında yurt içi ve yurt dışında bulunan birçok sağlık hizmeti sunan hastanelerden alınan memnuniyet anket formları ve görüşmeler de çalışmanın anket formunun şekillenmesine katkı sağlamıştır.

Algılanan hizmet kalitesine yönelik çalışma ölçeğinin geliştirilmesinde yararlanılan en önemli kaynaklardan biri Parasuraman vd. (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğidir. Literatürde hizmet kalitesi ölçümünde en yaygın olarak kullanılan ölçeklerin başında SERVQUAL gelmektedir. Ölçeğe göre alınan hizmete yönelik algılamayla, hizmeti almadan önce hizmetin nasıl olması gerektiği ile ilgili beklentilerin karşılaştırılması yoluyla hizmet kalitesi belirlenmektedir. Eğer algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet kalitesine eşit veya üstünde ise alınan hizmet kaliteli; algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet kalitesinin altında ise hizmetin kalitesi düşük olarak kabul edilmektedir. Parasuraman ve arkadaşları 1985 yılında yaptıkları bir çalışmada, hizmet kalitesine etki eden boyutları on başlık (fiziki unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık, iletişim, tutarlılık, emniyet, yeterlilik, saygı, nezaket, ulaşılabilirlik ve



empati) altında toplamış iken, bu sayıyı 1988 yılında yapmış oldukları bir diğer çalışmada beş başlık (fiziki unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık, kesinlik ve empati) altında toplamışlardır (Parasuraman vd., 1985;1988).

Hizmet kalitesi ölçümüyle ilgili olarak geliştirilen ve bu çalışmada temel alınan bir diğer ölçek Parasuraman vd.'nin geliştirdiği SERVQUAL ölçeğine eleştirel bir yaklaşımla Cronin ve Taylor (1992) tarafından geliştirilen ve sağlık sektörü için daha uygun olarak kabul edilen SERVPERF ölçeğidir. SERVPERF ölçeği de tıpkı SERVQUAL gibi algılanan hizmet kalitesine dayalı olarak geliştirilen bir hizmet kalitesi ölçeğidir. Ancak, SERVPERF, hastaların hizmet alımından önce hizmetle ilgili beklentilerinin olmaması veya ne bekleyeceklerini bilmemeleri Cronin ve Taylor:1992;1994) nedeniyle, beklenti-algılama farklılığının hizmet kalitesi ölçümü için uygun olmadığı ve bunun yerine sadece algılanan hizmetin kalite performansının dikkate alındığı (sadece performans-SERVPERF) modelin daha uygun olduğunu vurgulamaktadır. SERVPERF ölçeğinin SERVQUAL ölçeğinden üstünlüğü Brady vd. (2002), Cronin ve Taylor (1994), Oliver (1993), Boulding vd. (1993) ve Babakuş ve Boller (1992) tarafından yapılan çalışmalarla da desteklenmiştir.

SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerinde yer alan ifadelerle birlikte çeşitli araştırmalarda da yer alan ve sağlık sektöründe tedavi süresince algılanan hizmet kalitesine etki eden teknik faktörlerin dışında kalan hasta-doktor ilişkisi ve dolaylı faktörleri kullanarak hizmetin kalitesini değerlendirmekte olup bu çalışmada bu ölçek ifadelerinden yararlanılmıştır.

Algılanan sağlık hizmeti kalitesini ölçmede yukarıda adı geçen çok sayıda çalışma incelenerek 56 ayrı müşteri hizmeti değişkeni belirlenmiştir. Bu değişkenlerin kullanılma sıklıkları göz önüne alındığında müşteriler için en önemli sağlık hizmet kalitesi değişkenleri olduklarını söylemek yanlış olmayacaktır. Belirlenen 56 değişkenli ölçek, pilot uygulamada kullanılmıştır. Pilot uygulamanın sonuçlarıyla ilgili olarak yapılan değerlendirme neticesinde; bazı hizmet kalitesi değişkenlerinin katılımcılar tarafından çok benzer veya aynı olarak algılandıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle istatistikî değerleri birbirine çok yakın olan değişkenler birleştirilmiş ve bu sayede ölçek 43 değişken içerecek şekilde sadeleştirilmiştir. Bu sayede değişken isimlerinin çevirisinde yapılmış olabilecek hatalar ve katılımcıların ekseriyeti tarafından ifade edilen kavramlarda yaşanan anlam kayması ve karmaşıklığının azaltıldığı düşünülmektedir.

#### 4.5.2. Ön Testler ve Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışmada kullanılmasına karar verilen ölçekler kolayda örnekleme yoluyla seçilmiş her bir hastane türünden 10'ar hasta olmak üzere toplam 30 hasta üzerinde uygulanarak, ölçeklerin anlaşılabilirliği ve anketin şekil özelliklerine ilişkin geri bildirimler alınmıştır. Kişisel görüşme şeklinde yapılan ön testte cevaplayıcıların, soruların anlaşılabilirliği, kapsamı, uzunluğu vb. konularda görüşleri alınmıştır. Bu doğrultuda gerekli değişiklikler yapılarak anket formuna son şekli verilmiş ve esas örneği oluşturan deneklerle çalışmaya başlanmıştır. Ön testler neticesinde yataklı tedavi hizmeti alan hastaların belirlenen müşteri hizmeti değişkenleri hakkındaki düşünceleri standart önermeler haline getirilerek asıl araştırma anketinin oluşturulmasında kullanılan ölçekler belirlenmiştir. Anket formunun son şekli Ek-2'de yer almaktadır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanelerden yataklı tedavi hizmeti alan hastaların hizmet kalitesine yönelik algılamalarının ölçülmesi için hazırlanan ifadelerin yer aldığı bir ölçek bulunmaktadır. Hizmet kalite düzeyini ölçmek üzere hazırlanan sorular beş noktalı çizgisel derecelendirme ölçeği türündedir. Deneklerin her bir ifade için 1 ile 5 arasında kendilerine en uygun seçeneğe katılma derecelerini gösteren ölçek (5=çok iyi) ile (1=çok kötü) şeklinde hazırlanmıştır. Hastaların hastanede verilen yataklı tedavi hizmetleri hakkındaki düşüncelerini 43 ifade olarak beşli derecelendirme ölçeği kullanarak değerlendirmeleri istenmiştir. Bu bölümde aynı zamanda hastaların tedavi gördüğü birim, hastane türü vb. bazı sorular da yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümde, hastaların tedavi gördükleri hastaneyi tercih nedenleri, kalış süreleri, kalış süresince yaşadıkları deneyimler, hastaneye yönelik genel memnuniyet düzeyi, hastaneyi tekrar tercih etme ve tavsiye etme ile ilgili sorular yer almaktadır. Aynı zamanda bu bölümün sonunda çalışma evrenini oluşturan ve yataklı tedavi gören hastaların çeşitli sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış çeşitli sorular yer almaktadır.

### **4.5.3. Güvenilirlik Analizi**

Anket formunda yer alan 56 ifadenin güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı kullanılmış ve sonuç 0,978 olarak oldukça güvenilir çıkmıştır. Ancak anket formunda bu ölçekte yer alan bazı sorular anlaşılabilirlik düzeylerinin düşük olması, çok benzer olması ya da dönemde o hizmetin kaldırılmış olması dolayısıyla araştırmanın asıl anket formunda yer almamıştır. Faktör analizi sonrası ifadelerin ilgili faktör grupları içinde yer alan değişkenler için güvenilirlik analizleri tekrar yapılmış ve bu analizin sonuçları beşinci bölümde yer alan güvenilirlik analizleri başlığı altında verilmiştir.

### **4.5.4 Analiz Yöntemleri**

Çalışmada, çapraz tablolar, frekans dağılımları, ortalama, standart sapma gibi çeşitli tanımlayıcı istatistiklerden, faktör analizi, güvenilirlik analizleri, varyans analizi, çoklu doğrusal regresyon ve lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### BULGULAR

Çalışmanın bu bölümü, nitel ve nicel araştırma kapsamında elde edilen verilere yönelik analiz ve değerlendirmelerden oluşmaktadır. Bu bağlamda ilk olarak nitel verilere yönelik gerçekleştirilen değerlendirmelere yer verilmiş olup, sonrasında nicel araştırma bulguları sunulmuştur. Nicel araştırma kapsamında değerlendirilen verilerin öncelikle yüz yüze anket yöntemiyle gerçekleştirilen tanımlayıcı istatistikî analizleri yapılmıştır. Ayrıca, güvenilirlik analizi sonuçları ve değişkenlere ait ortalamalarda verilmiştir. Çalışmanın sonraki bölümünde ise, araştırma amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezlerin desteklenip desteklenmediğinin belirlenmesi için gerçekleştirilen nicel verilerin analizlerine ve sonuçlarına yer verilmiştir.

#### 5. 1. Nitel Bulgular

Bu çalışmada, nitel verilerin analizinde betimsel analiz yönteminden yararlanılmıştır. Bu yöntemde ham veriler, okuyucuların anlayabilecekleri ve kullanabilecekleri duruma getirilmektedir. Veriler öncelikle mantiki bir sıraya konulup daha sonra yapılan bu betimlemeler (sınıflamalar) yorumlanarak sonuç elde edilmektedir (Altunışık vd., 2002, s.218). Betimsel analiz; analiz için yapının oluşturulması, belirlenen alt başlıklara göre verilerin işlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. Elde edilen veriler, önceden belirlenen temalara göre düzenlenebileceği gibi görüşmede kullanılan sorulara göre de sunulabilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2006: 224). Bu bağlamda, çalışmada verilerin analizi için, görüşme sorularından hareketle alt başlıkların oluşturulduğu bir yapı oluşturulmuş ve sonrasında, veriler mantıklı ve anlamlı bir biçimde düzenlenerek bir araya getirilmiştir. Nitel araştırmalar Türkiye ve Amerika'da gerçekleştirilmiş olması dolayısıyla sorular iki ülke açısından ele alınmıştır. Bazı yerlerde doğrudan alıntılara yer verilmiştir. Alıntılara yer verilmesinin nedeni ise, okuyucuların verilerle doğrudan karşılaşip ne anlama geldiğini kendilerinin yorumlamasına imkan sağlamasıdır (Keleş, 2011, s.83).

## **S.1. Hastanenin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler nelerdir? Nasıl yapılmaktadırlar?**

### **5.1.1. Türkiye’deki Sağlık Hizmeti Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin Bulgular**

**Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Yöntemleri:** Sağlık hizmeti sunan hastaneler mülkiyet durumlarına göre devlet, özel ve üniversite olarak üç grupta toplanmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş olan ve özellikle devlet hastanelerinin bire bir uyguladıkları yataklı tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesine imkân sağlayan anket formları ile hasta memnuniyetleri değerlendirilmektedir. Dört ay bir dönem olarak kabul edilmekte ve yılda toplam üç dönem bu değerlendirmeler yapılmaktadır. Çalışma kapsamında ziyaret edilen diğer hastane türlerinde ise daha çok kendi oluşturdukları ölçeklere göre bir anket formu geliştirdikleri görülmüştür. **Anket Formları:** Anket formları aracılığıyla hizmet değerlendirme verilerinin toplanmasında kullanılan üç tür yöntem vardır. Bunlar yüz yüze görüşme (hastane insan kaynakları aracılığıyla ve anketörler aracılığıyla), posta anketi (hasta hastaneden ayrıldıktan sonra hastane hizmetleri değerlendirme formu adrese postalanır) ve telefon anketi ( hasta hastaneden ayrıldıktan sonra, vermiş olduğu iletişim bilgileri aracılığıyla hasta veya yakını aranır) aracılığıyla gerçekleşir. Yatan hastalarda uygulanan anketlerin sağlıklı olabilmesi ve doğru sonuçlar alınabilmesi için hastanın taburcu edildiği gün anket uygulanması esastır. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve özellikle devlet ve üniversite hastanelerinde uygulanan yatan hasta memnuniyet anket formlarında yer alan ifadelerin ölçümünde çeşitli sıklık ve memnuniyet düzeyleri ölçülmektedir. Soru ve ifadelerin ölçümünde sorunun içeriğine göre ölçüm ifadesi farklılık gösterebilmektedir. Örneğin “Hekimlerin ve hemşirelerin sizin için elinden geleni yaptığını düşünüyor musunuz?” ifadesi için ölçekte yer alan derecelendirme, “Evet, her zaman”, “Evet, kısmen”, “Hayır” iken, “Sizin yakınlarınızdan veya arkadaşlarınızdan biri hekimle konuşmak istediği zaman fırsat veriliyor muydu?” sorusu için ölçeklendirme, “Evet, her zaman”, “Evet, bazı durumlarda” ve “Hayır” olarak yapılmıştır. Genel değerlendirme bölümünde yer alan sorular sunulan değerle ilgili memnuniyetlerini ölçmeye yönelik olup beşli Likert ölçeğinde “Tamamen katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum” ve “Hiç Katılmıyorum” olarak ölçeklendirilirken, diğer başlıklar altında ifade edilen hizmetler ise yine Beşli Likert ölçeğinde ama “Çok iyi”, “İyi”, “Orta”, “Kötü” ve “Çok Kötü” olarak derecelendirilmiştir.

### 5.1.2. Amerika'daki Sağlık Hizmeti Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin Bulgular

**Sağlık Hizmetleri Değerlendirilme Yöntemleri:** Çalışma kapsamında ziyaret edilen hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların memnuniyetlerinin ölçümü, tedavi gören hastanın hizmetten algıladığı performans dikkate alınarak değerlendirildikleri ortaya çıkmıştır. Amerikan Hastaneler Birliği tarafından öngörülen kalite düzeylerini ortaya çıkarmaya yönelik geliştirilen anket formları çoğunlukla kullanılmaktadır. Yatarak tedavi gören hastaların hastanelerinden memnuniyet düzeylerini ortaya çıkarmaya yönelik yapmış oldukları belirgin çalışmalar arasında, hizmet değerlendirme anket formları (yüz yüze, telefonla, posta ve e-posta), görüşmeler ve gözlemler yer almaktadır. Ziyaret edilen dört hastanenin sağlık hizmetleri değerlendirmede hasta memnuniyetini ölçmede kullanmış oldukları anket form ve görüşme formatlarından birer örnek form alınmıştır. Hastanelerin aylık olarak gerçekleştirdikleri hizmet kalitesi ölçüm raporları da incelenmiş olup, ismen hastanenin duyurulmayacağı belirtilerek birer kopyası alınmıştır. 2008 yılı Mart ayı itibariyle, Hastane Kalite Birliği tarafından, hastane hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olarak kamu-özel ortaklığıyla hazırlanan ve tüm paydaşlara açık olan bir anket formundan (HCAPHS) ağırlıklı olarak yararlanıldığı gözlemlenmiştir (American Hospital Association (AHA), 2008). Daha önce kullanılan anket formlarından daha iyi olduğu iddia edilen bu yeni sağlık hizmeti değerlendirme formunda sorgulanan hastaların memnuniyet düzeyleri değil, onun yerine ne kadar sıklıkla sağlık hizmeti sağlanıldığıdır. İlgili sağlık personelinin hastanedeki tedavileri süresince onları ne kadar sıklıkla dinledikleri, ne düzeyde yardımcı oldukları çoğunluk sorunların dörtlü sıklık ölçeği (“her zaman”, “genellikle”, “ bazen”, veya “hiçbir zaman”) ile ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Görüşmeler sırasında ulaşılan hastaneyle ilgili olumsuz ve nötr bildirimler gruplandırılmaktadır. Görüşmeler özellikle anket formlarındaki olumsuz başlık ve ifadeler üzerinde durularak gerçekleştirilmektedir. Hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerde verilen olumsuz örnek ifadelerinden bazıları şu şekildedir: “Karımla ilgilenmeye hiç kimse gelmedi, hemşire sayısındaki yetersizlik nedeniyle birçok işlemi ben yapmak durumunda kaldım”, “Hastaneye geldiğimde cebimde olan 122\$’im hastaneden çıkarken yanımda yoktu ve ertesi gün cebimde para olmadığı için tedavim tamamlanmadan hastaneden ayrılmak durumunda kaldım. Hastaneyi kimseye tavsiye etmiyorum”, “Doktorlar hastalığıma teşhis koyamadıkları için tedavi olamadım”.

## **S.2. Hastalarınız sunmuş olduğunuz hizmet kalitesini nasıl değerlendiriyorlar? Belirlediğiniz alt kriterler var mı? Siz bunları nasıl ölçüyorsunuz?**

### **5.1.3. Türkiye'deki Sağlık Hizmeti Kalite Boyutlarına İlişkin Bulgular**

**Hizmet Kalitesi Boyutları:** Sağlık hizmeti, daha öncesinde onu yönetenlerin yaklaşımına göre tasarlanırken, günümüzde bu hizmetten faydalananların da yaklaşımından da elde edilen bulgulara göre tasarlanmaktadır. Anket çalışmalarında hedef, hasta memnuniyetini tespit etmektir. Anket, döngüsel denetim sistemiyle buna hizmet edecek seçeneklerden birisidir. Yatan hasta memnuniyet anket formunda yer alan ve yararlanan sağlık hizmetine yönelik sorular altı alt başlık altında toplanmaktadır: Hasta kabul, servisler, hekimler, hemşireler, tedavi ve hasta bakımı ve hastaneden ayrılmaya ilgili sorular yer almaktadır. Özel hastanelerde ise değerlendirilen hizmet kategori başlıkları ağırlıklı olarak, hasta hizmetleri, hekimlik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, diğer hizmetler ve genel değerlendirmeden oluşmaktadır. Diğer hizmetler başlığı altında, hastanede sunulan yemekler, oda özellikleri, hastanenin genel temizliği, güvenlik ve birimler arası yönlendirmeler yer almaktadır. Türkiye'deki hastanelerde ağırlıklı olarak hastalara refakat eden yakınları hastanedeki hizmet sürecini daha objektif olarak takip edebilmektedirler. Devlet hastanelerinde refakatçiler için ayrılmış bekleme salonlarında ya da hasta tedavi odalarında plastik vb. sandalyeler yer alırken, üniversite ve özel hastanelerde ücrete tabi oda özelliklerine göre refakatçiler için kanepeler, ya da oda içi refakatçi odaları bulunabilmektedir. Tabii bunların sayıları hastanenin büyüklüğüne göre çeşitlilik göstermektedir.

### **5.1.4. Amerika'daki Sağlık Hizmeti Kalite Boyutlarına İlişkin Bulgular**

Hizmet kalitesiyle ilgili olan boyutlar Amerika'da ziyaret edilen dört hastanenin yönetici görüşleri doğrultusunda değerlendirilmiştir.

**Hizmet Kalitesi Boyutları:** Amerika'da 2008 yılı sonrasında geliştirilen ölçek ile hastaların memnuniyet düzeylerinden ziyade belirlenen kategoriye yönelik deneyimlerinin ortaya çıkarılması hedeflenmektedir. Sağlık hizmeti değerlendirme anket formunda yer alan sorular 27 tane olup bunlar şu faktörden oluşmaktadır:

Doktorlarla iletişim, hemşirelerle iletişim, diğer hastane personelinin tutumu, ağrı tedavisi, ilaçlarla ilgili bilgilendirme, ödeme bilgisi, hastane çevresinin temizliği, hastane çevresinin sessizliği, hastanenin genel değerlendirilmesi ve hastaneyi daha iyi düzeye çıkarmaya yönelik öneriler. Genellikle hastaneler, bu formatı dikkate alarak kendi sundukları diğer hizmetleri de değerlendirmeye almaktadırlar. Hastane halkla ilişkiler birimince her ay hastaneden tedavi tamamlanarak çıkış yapan hastalar ya da hasta yakınları telefonla ulaşılarak hastane hizmetlerinin değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bu değerlendirmelerin yapıldığı alt faktörler 13 başlık altında toplanmaktadır: tedavi süresince doktorların ilgisi, hemşirelerin ilgisi, hasta bakıcıların ilgisi, iletişim/bilgilendirme, temizlik, diğer hizmetler(oda vb.), sorumluluk, ön kayıt ve ödeme bilgisi, beslenme ve yemeklerin sunumu, takım çalışması-koordinasyon, tutum/davranışlar, tıbbi-tedavi yöntem ve diğer. Bu kategorilere göre yatarak tedavi hizmeti alan hastaların sunulan hizmetten memnuniyet düzeyleri Beşli Likert ölçeğinde “çok iyi”, “iyi”, “orta”, “kötü”, “çok kötü” olarak derecelendirilmektedir. Amerika’da başka bir hastanede ise Beşli Likert ölçeğinde ifade edilen dereceler “ Mükemmel”, “Çok İyi”, “İyi”, “Adil” ve “ Kötü” şeklindedir. Belirtilen kategoriler (Doktorlarla iletişim, hemşirelerle iletişim, diğer hastane personelinin tutumu, ağrı tedavisi, ilaçlarla ilgili bilgilendirme, ödeme bilgisi, hastane çevresinin temizliği, hastane çevresinin sessizliği, hastanenin genel değerlendirilmesi ve hastaneyi daha iyi düzeye çıkarmaya yönelik öneriler) çerçevesinde hastaların hastane ile ilgili olumlu, olumsuz ve nötr görüşleri de alınmakta ve değerlendirilmektedir. Ortaya çıkarılan ifadeler gruplandırılmakta ve hastaların memnuniyet düzeyleri, tavsiye etme durumları ve bağlılık düzeyleri, bu sayede belirlenmektedir. Hastanede tedavi gören hastaların refakatçi ve ziyaretçilerinin konaklayacağı ayrı bir dinlenme-bekleme salonuna sahip olan hastaneler olduğu gibi odada bir sandalye ya da kanepede konaklamalarına imkân veren hastanelerde mevcuttur. Amerika’da görüşülen hastaneler için, hastaların tedavilerinin olumlu sonuç vermelerinde, ziyaretçi ve refakatçilerinin memnuniyetleri de önemli rol oynamakta olup, bu hizmet tedavi sürecinin bir parçası olarak kabul edilmektedir.



## 5.2. Nicel Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde tez çalışmasının uygulamasına ilişkin veri analizleri ve bulgulara yer verilmektedir. Öncelikle, örneklemin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar tanımlayıcı bilgiler ve bulgular başlığı altında açıklanmaktadır. Bu tanımlayıcı bulgular ışığında sonrasında çeşitli istatistiksel analiz teknikleri kullanılarak elde edilen bulgulara ve araştırma hipotezlerinin test sonuçlarına yer verilmektedir.

### 5.2.1. Tanımlayıcı Bilgiler ve Bulgular

Anket çalışmasına katılan işletmelere ilişkin bazı tanımlayıcı bilgiler bu başlık altında verilmiştir. Öncelikle hastaların, tedavi gördükleri hastanelere göre anket çalışmasına katılım durumlarının dağılımları Tablo 13’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, Adana’da sağlık hizmeti sunan iki devlet, iki özel ve bir üniversite hastanesi olmak üzere toplam 551 hastayla görüşme gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu hastanelerden toplanan ve araştırma için uygun olan anket formu sayılarının dağılımı devlet 1’den 102, devlet 2’den 91, özel 1’den 69, özel 2’den 100 ve üniversite hastanesinden 189 olarak gerçekleşmiştir. Yüz yüze anket yöntemiyle toplam beş hastanede gerçekleştirilen bu çalışmaya katılan 551 hastaya yönelik tanımlayıcı bilgiler üç bölüm altında incelenmiştir. Yatarak tedavi hizmeti alan hastaların demografik özelliklerinin hastane türlerine göre oransal dağılımı birinci bölümde yer alırken (Tablo 14 ve Tablo 15), ikinci bölümde ise hastaların tedavileri süresince yaşadıkları deneyimlere (Tablo 16 ve Tablo 17) ve hastaneyi tercih etme nedenlerine (Tablo 18) ilişkin veri analizlerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise, hastaların tedavileri süresince hastaneyle ilgili verilen genel dokuz yargıyla ilgili olarak düşüncelerini paylaşmaları istenmiş ve beşli derecelendirme ölçeğine göre görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Hastane türlerine göre bu yargıların istatistiki açıdan dağılımları Tablo 5.19’da yer almaktadır.

Tablo 13

*Çalışmaya Katılan Hasta Sayılarının Hastane Türlerine Göre Dağılımı*

Hastane Türü	Frekans	Yüzde (%)
Devlet	193	35,0
Özel	169	30,6
Üniversite	189	34,4
Toplam	551	100

Tablo 13'e göre, çalışmaya katılan hastaların %35'i devlet hastanelerinden, %34,2'si üniversite hastanelerinden ve % 30,6'sı ise özel hastanelerden yataklı tedavi hizmeti almaktadırlar.

**5.2.1.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri**

Yüz yüze anket yöntemiyle toplam beş hastanede gerçekleştirilen çalışmaya katılan 551 hastanın demografik özellikleri "Demografik Özellikler-I" ve "Demografik Özellikler-II" başlığı altında Tablo 14 ve Tablo 15'de gösterilmiştir. Tablo14.'de hastaneler bazında hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum ve hane gelir dağılımları yer alırken, Tablo 15'de ise, hastaların tedavi gördükleri hastane türüne göre yaşadıkları il, meslek grupları, çocuk sayıları ve hanede yaşayan kişi sayıları ve oranlarına yer verilmiştir.

Tablo 14

*Demografik Özellikler-I*

Yaş	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
67 yaş ve üzeri	49	25,4	41	24,3	47	24,9
47-66 yaş aralığı	66	34,2	58	34,3	72	38,1
37-46 yaş aralığı	32	16,6	25	14,7	25	13,2
17-36 yaş aralığı	38	19,7	39	23,1	40	21,2
9-16 yaş aralığı	8	4,1	6	3,6	5	2,6
Cinsiyet	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Kadın	101	52,3	103	60,9	104	55
Erkek	92	47,7	66	39,1	85	45

Tablo 14 (Devam)

	Devlet		Özel		Üniversite	
<b>Medeni Durum</b>	<b>Frekans</b>	<b>Oran (%)</b>	<b>Frekans</b>	<b>Oran (%)</b>	<b>Frekans</b>	<b>Oran (%)</b>
Evli	129	66,8	128	75,7	143	75,7
Bekâr	37	19,2	22	13	22	11,6
Dul	26	13,5	3	1,8	24	12,7
Belirtmemiş	1	0,5	16	9,5	0	0
	Devlet		Özel		Üniversite	
<b>Gelir</b>	<b>Frekans</b>	<b>Oran (%)</b>	<b>Frekans</b>	<b>Oran (%)</b>	<b>Frekans</b>	<b>Oran (%)</b>
699 TL ve daha az	7	3,6	18	10,7	24	12,7
700-1501 TL	163	84,5	94	55,6	142	75,1
1501-2300 TL	21	10,9	49	29	16	8,5
2301TL ve üzeri	2	1	8	4,7	7	3,7

551 hastanın demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve hane gelirlerini gösteren Tablo 14 incelendiğinde, çalışmaya katılan hastalardan üç hastane türünde de tedavi görenlerin ağırlıklı olarak 47-66 yaş aralığı olanlar olduğu gözle çarpılmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan devlet hastanelerinde tedavi gören kadınların oranı %52,3; özel hastanelerde tedavi gören kadınların oranı % 60,9 ve üniversite hastanelerinde tedavi gören kadınların oranı %55 olarak çıkmıştır. Çalışmaya katılan 551 hastanın hane gelirleri ağırlıklı olarak, 700-1501 TL aralığındadır.

Tablo 15  
Demografik Özellikler –II

Yaşadıkları il	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Adana	168	87,0	149	88,2	117	61,9
Mersin	2	1,0	6	3,6	30	15,9
Hatay	5	2,6	4	2,4	25	13,2
Diğer iller	18	9,3	10	5,9	17	9,0
Meslek	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Belirtmemiş	1	0,5	24	14,2	3	1,6
Çiftçi	7	3,6	4	2,4	8	4,2
Emekli	24	12,4	28	16,6	32	16,9
Ev hanımı	88	45,6	67	39,6	86	45,5
İşçi	5	2,6	3	1,8	5	2,6
İşsiz	11	5,7	4	2,4	14	7,4
Memur	10	5,2	17	10,1	6	3,2
Öğrenci	16	8,3	4	2,4	5	2,6
Serbest	32	16,6	18	10,7	30	15,9
Çocuk Sayısı	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Yok	54	28,0	57	33,7	38	20,1
1 tane	10	5,2	16	9,5	17	9,0
2 tane	28	14,5	29	17,2	34	18,0
3 tane	27	14,0	27	16,0	31	16,4
4 ve üzeri	74	38,4	40	23,7	69	36,5
Hane Halkı Sayısı	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
1 kişi	11	5,7	30	17,8	6	3,2
2 kişi	37	19,2	26	15,4	48	25,4
3 kişi	30	15,5	38	22,5	39	20,6
4 kişi ve üzeri	115	59,6	75	44,5	96	50,8

Çalışmanın yapıldığı tarih aralığında belirlenen hastanelerde tedavi gören hastaların yaşadıkları iller, meslekleri, çocuk sayıları ve hane halkı frekans ve oran dağılımları Tablo 15’de gösterilmiştir. Tabloya göre, hastaların çoğunluğu Adana’da yaşamaktadır. Adana’da yer alan hastaneleri deneklerin 434’i tercih etmiş olup, dağılım hastanelre göre %39 devlet, %34 özel ve %27 üniversite hastanesinden yana tercihlerini

kullanmışlardır. Adana ve Mersin'i oransal büyüklük olarak Hatay ili izlemektedir. Üniversite hastanelerine Hatay ilinden gelen hasta oranı % 13,2'dir. Diğer illerden toplam 45 hasta (devlet 18, özel 10 ve üniversite 17 hasta) tedavileri için belirtilen tarih aralığında Adana'daki sağlık hizmetlerinden yararlanmayı tercih etmişlerdir. Bu iller şöyle sıralanabilir: Adıyaman Berlin, Bingöl, Denizli İstanbul, Kayseri, Konya, Maraş, Mardin, Niğde, Osmaniye, Rize, Siirt, Şırnak, Tokat, Urfa ve Van. Araştırmaya katılan hastaların meslek grupları kendi vermiş olukları cevaplara göre sınıflandırılmıştır. Buna göre devlet hastanelerinde tedavi olmayı seçenlerin %45,6'sı, özel hastaneleri tedavi için seçenlerin %39,6'sı ve üniversite hastanesini tedavi için seçenlerin % 45,5'i ev hanımıdır. Ankete katılan hastaların çoğunluğunun kadın olması bu sonucu desteklemektedir.

#### **5.2.1.2. Çalışmaya Katılan Hastaların Hastanede Kalış Süresince Yaşadıkları Deneyimlerine İlişkin Temel Bulgular**

Çalışmaya katılan hastaların hastane türlerine göre hastanede tedavileriyle dolaylı ilgili olan deneyimlerine ilişkin bulgular I ve II olarak Tablo 16 ve Tablo 17'de yer almaktadır. Hastaların, tedavi ücreti ödeme yöntemleri, tedavi gördükleri birimler ve bu birimlerde yatış işlemi için bekledikleri sürelerin hastane türlerine göre olan dağılımları "Deneyimlere İlişkin Temel Bulgular I" başlığı altında Tablo 16'de yer almaktadır.

Hastaların, tedavi gördükleri hastanede kaldıkları süre zarfı ve tedavi gördükleri odada yatan toplam hasta sayısı ile ilgili oransal dağılımlar Tablo 17'de "Deneyimlere İlişkin Temel Bulgular II" başlığı altında verilmiştir. Bu bulgular, hastaların demografik özellikleri haricinde tedavi gördükleri hastanelerde kendileriyle ilgili bulgular olması dolayısıyla bu başlıklar altında incelenmiş ve gruplandırılmıştır. Ayrıca, hastane türlerine göre hastaların tedavi gördükleri hastaneleri tercih etme nedenleri ise, Tablo 18'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların, % 50'si daha önce başka bir hastane türünden sağlık hizmeti almıştır. Bu hastanelerin bu oran içindeki dağılımı ise, % 18 devlet hastanesi, %13,1 özel hastane ve % 18,9 üniversite hastanesi şeklindedir. Çalışma zamanında tedavi gördükleri hastaneye hastaların, daha önce gelme durumlarıyla ilgili

olarak devlet hastanesine gelenlerin oranı % 51,3, özel hastanelere gelenlerin oranı %54,6 ve üniversite hastanelerine gelmiş olma oranları % 55 olarak bulunmuştur. Hastanelerde tedavi gören hastaların bu hastaneyi yakınlarına tavsiye etme durumları tek bir ifadeyle sorgulanmış ve hastaların % 89,8'i tekrar tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Bu oranın hastaneler bazında dağılımı devlet hastaneleri % 30,7 (169 kişi), özel hastaneler %27,4 (151 kişi) ve üniversite hastanesi %31,8 (175 kişi)'dir. Bu bulgular genel olarak hastanelerde tedavi gören hastaların almış oldukları sağlık hizmetlerinden memnun olduklarını göstermektedir.

Tablo 16

*Deneyimlere İlişkin Temel Bulgular I*

Ücret Ödeme	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Yeşil kart	33	15,5	4	2,4	39	20,5
SGK	152	79,3	143	84,2	105	55,5
Özel Sağlık Sig.	0	0	6	3,6	0	0
Nakit	1	0,5	7	4,2	6	3,5
Emekli	7	4,7	9	5,6	39	20,5
Tedavi Görülen Birim	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Cerrahi	43	22,3	44	26	24	12,7
Dâhiliye	17	8,8	32	18,9	0	0
Üroloji	13	6,7	4	2,4	30	15,8
Kardiyoloji	8	4,1	30	17,8	16	8
KBB	13	6,7	8	4,7	0	0
Ortopedi	72	37,4	3	1,8	34	18,5
Diğer Bölümler	27	14	48	28,4	85	45
Beklenen Süre	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
0-60 Dakika	184	95,3	154	91,1	175	92,6
1-3 saat arası	4	2,1	13	7,7	10	5,3
3-5 saat arası	5	2,6	2	1,2	4	2,1

Karşılaştırılan üç hastane türünde tedavi gören hastaların tedavi ücretlerini ödeme şekilleri, tedavi gördükleri bölümler ve yatış işlemi için bekledikleri süre dağılımları Tablo 5.4'de yer almaktadır. Tablo 16 incelendiğinde üç hastane türünden yeşil karta sahip olan hastaların tedavi için %20,5'i üniversite hastanesini, % 15,5'i devlet hastanesini ve % 2,4'ü özel hastaneyi tercih ettikleri sonucu ortaya çıkmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu olarak tek çatı altında toplanan sağlık hizmetlerinin sağlamış oldukları olanaklar aracılığıyla, devlet hastanesinden tedavi hizmeti alanların oranı % 79,3 iken, özel hastanelerle olan anlaşmalar aracılığıyla özel hastanelerinden bu tür vasıtasıyla tedavi hizmeti alanların oranı ise, % 84,8 olarak ortaya çıkmıştır. Üniversite hastanelerinden Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla sağlık hizmeti alanların oranı ise % 55,5 olarak bulunmuştur. Devlet ve üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti alan hastaların çoğunluğu ortopedi bölümünde tedavi olurken, özel hastanelerde tedavi gören hastaların çoğunluğu cerrahi bölümünde tedavi görmektedir. Üç hastane türü içinde hastaların yatış işlemlerinin bir saat içerisinde çözümlenebilmesi önemli bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır.

Tablo 17

*Deneyimlere İlişkin Temel Bulgular II*

Odadaki Kişi Sayısı	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Tek	5	2,6	97	57,4	23	12,2
2 kişi	17	8,8	66	39,1	71	37,6
3-5 kişi	102	52,8	6	3,6	94	49,7
6 ve üzeri	69	35,8	0	0,0	1	0,5
Kalış Süresi	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
1 gece	26	13,5	73	43,2	28	14,8
2-6 gece arası	105	54,4	77	45,6	104	55,0
1-2 hafta arası	45	23,3	12	7,1	36	19,0
2-4 hafta arası	12	6,2	6	3,6	12	6,3
1 ay ve üzeri	5	2,6	1	0,6	9	4,8

Hastaların tedavi gördükleri odada kendileriyle beraber kalan hasta sayıları ve hastanede tedavileri için kalış süreleri Tablo 17'de gösterilmiştir. Tek kişilik odada kalan hastaların yüzdesel oranları özel hastaneler (%57,4), üniversite hastaneleri (% 12,2) ve devlet hastaneleri (%2,6) şeklinde sıralanmaktadır. Devlet hastanelerinde tedavi görülen odalarda hasta sayılarının diğer iki hastane türüne göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 18

*Hastane Türlerine Göre Tedavi Görülen Hastaneyi Tercih Nedenleri Dağılımı*

Tercih Nedeni	Devlet		Özel		Üniversite	
	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)	Frekans	Oran (%)
Tanıdık tavsiyesi	58	30,1	65	38,5	71	37,6
Bilinen bir doktorun bu hastanede çalışıyor olması	98	50,8	84	49,7	57	30,2
İkamet ettiğim yere yakın olması	21	10,9	21	12,4	16	8,5
Gazete, dergi, TV vb. reklamlar vasıtasıyla öğrendim	5	2,6	21	12,4	3	1,6
Tanıtım aktivitesine katıldım	28	14,5	10	5,9	26	13,8
Tandık birilerinin burada çalışıyor olması	1	0,5	2	1,2	3	1,6
Daha önceki deneyimlerim	19	9,8	31	18,3	12	6,3
Ücretlerinin uygun olması	52	26,9	31	18,3	5	2,6
Hastanenin isminin genel olarak güven vermesi	20	10,4	2	1,2	29	15,3
Diğer belirtiniz	9	4,7	4	2,4	7	3,7

Tablo 18’de, hastane türlerine göre hastaların tedavi gördükleri hastaneyi tercih nedenleri dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, devlet hastanesinde tedavi gören hastaların tercihlerinde etkili olan ilk üç neden ve yüzdesel dağılımları: bilinen bir doktorun bu hastanede çalışıyor olması ve tanıdık tavsiyesi dir. Ücretlerin uygun olması % 26,9 şeklindedir. Özel hastaneleri tercih eden hastaların tercihleri devlet hastaneleri tercih nedenleriyle benzerlik göstermektedir. Özel hastaneyi tercih eden hastaların ilk tercihleri “bilinen bir doktorun bu hastanede çalışıyor olması” iken, ikinci tercihleri olan “tanıdık tavsiyesi”dir. Üniversite hastanesinden tedavi alan hastaların bu hastaneyi tercih nedenlerinde birinci sırada “tanıdık tavsiyesi” gelirken, ikinci sırada “bilinen bir doktorun bu hastanede çalışıyor olması” yer almaktadır. Üç hastane türünde tedavi gören hastaların toplam % 10,8’i diğer seçeneğini de işaretlemiş olup, tercih nedenlerini sevk ve ambulansla acil giriş olarak belirtmişlerdir. Özellikle devlet hastanelerinden biri için 112 acil servisinin ilk götürdüğü yer olması dolayısıyla bu hastaneye gelmek durumunda olduklarını belirtmişlerdir.



### 5.2.1.3. Hastaların, Tedavileri Süresince Hastaneyle İlgili Genel Görüşlerinin Dağılımı

Anket formunda ikinci bölümde yer alan genel sorular başlığı altında hastaların tedavi gördükleri hastaneyle ilgili olarak oluşturulan dokuz ifade çerçevesinde görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Bu ifadeler şu şekilde sıralanabilir: *Sağlık personelinin hasta gizliliği hakkında duyarlılığı, kişilik haklarınızla ilgili memnuniyetiniz, kalış sürecinde şikâyetlerinize çözüm bulma düzeyleri, hasta haklarıyla ilgili olarak bilgilendirilme, organ bağıışı ile ilgili bilgilendirilme, hastanede çalışan doktor sayısının yeterliliği, hastanede çalışan hemşire ve diğer personelin sayısının yeterliliği, kullanılan aletlerin güvenilir olması ve ilk seferde doğru tedavi uygulanması.* Bu dokuz ifade, beşli derecelendirme ölçeğiyle “5=Çok İyi”, “4=İyi”, “3=Orta”, “4=Kötü” ve “5=Çok Kötü” şeklinde kodlanmış olup hastane türlerine göre dağılımları Tablo 19’da yer almaktadır. Ayrıca bu tabloda, her bir ifadenin ortalamaları ve standart sapma değerleri bu puan değerlerine dayalı olarak üç hastane türü için tek bir değer olarak verilmiştir.

Tablo 19

*Hastaların Hastaneyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı*

Değişkenler	Hastane Türü	Çok iyi (%)	İyi (%)	Orta (%)	Kötü (%)	Çok Kötü (%)	n	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Sağlık personelinin hasta gizliliği hakkında duyarlılığı	Devlet	28,0	63,2	8,8	0,0	0,0	193	4,05	,663
	Özel	33,7	44,4	20,1	1,8	0,0	169		
	Üniversite	6,3	79,4	11,6	2,1	0,6	189		
Kişilik haklarınızla ilgili memnuniyetiniz	Devlet	28,0	61,7	6,2	4,1	0,0	193	4,01	,665
	Özel	28,4	56,8	12,4	2,4	0,0	169		
	Üniversite	8,5	78,3	9,5	3,7	0,0	189		
Kalış sürecinde şikâyetlerinize çözüm bulma düzeyleri	Devlet	34,2	54,4	10,4	0,5	0,5	193	3,72	,798
	Özel	30,2	47,9	13,0	7,1	1,8	169		
	Üniversite	7,4	78,3	5,3	8,5	0,5	189		

Tablo 19 (Devam)

Hasta haklarıyla ilgili olarak bilgilendirilme	Devlet	30,1	39,9	15,5	6,7	7,8	193	2,62	1,040
	Özel	25,4	43,8	16,6	10,1	4,1	169		
	Üniversite	5,3	67,2	13,2	12,2	2,1	189		
Organ bağıışı ile ilgili bilgilendirilme	Devlet	5,7	18,1	13,5	13,5	49,2	193	3,98	,838
	Özel	24,3	22,5	33,1	11,8	8,3	169		
	Üniversite	1,1	13,8	11,6	67,2	6,3	189		
Hastanede çalışan doktor sayısının yeterliliği	Devlet	38,3	43	15	3,6	0,0	193	3,98	,823
	Özel	34,9	36,7	24,9	3,6	0,0	169		
	Üniversite	7,4	69,8	14,8	6,3	1,6	189		
Hastanede çalışan hemşire ve diğer personelin sayısının yeterliliği	Devlet	36,3	48,7	11,9	2,1	1,0	193	3,95	,799
	Özel	32,5	35,5	23,1	7,7	1,2	169		
	Üniversite	8,5	73,5	14,8	3,2	10,0	189		
Kullanılan aletlerin güvenilir olması	Devlet	20,7	50,8	23,3	3,6	1,6	193	4,14	,787
	Özel	42,6	34,3	18,9	3	1,2	169		
	Üniversite	7,4	76,2	14,3	2,1	0,0	189		
İlk seferde doğru tedavi uygulanması	Devlet	48,7	44	5,7	0,5	1	193	3,93	,982
	Özel	44,4	32	20,7	2,4	0,6	169		
	Üniversite	9,6	70,7	17	2,1	0,5	189		

Tablo 19 incelendiğinde ilk ifade olan “Sağlık personelinin hasta gizliliği hakkında duyarlılığı” devlet hastanelerinde % 28 çok iyi ve % 63,2’yle iyi düzeyde çıkmıştır. Özel hastanelerde bu ifadenin dağılımıysa, çok iyi-% 33,7 ve iyi % 44,4’dür. Üniversite hastanesi için bu ifadenin yüzdesel dağılımı çok iyi için % 6,3 ve iyi için % 79,6’dır. Tablo 5.7’de yer alan ikinci ifade “Kişilik haklarınızla ilgili memnuniyetiniz” olarak yer almaktadır. Bu ifade için devlet hastanelerindeki hastaların memnuniyet düzeyleri çok iyi derecesine göre Özel (%28,4), devlet (%28) ve üniversite (% 8,5) şeklinde yer alırken, iyi derecesine göre ise, üniversite (%78,3), devlet (%61,7) ve özel (%56,8) şeklindedir. Üçüncü ifade ise hastane personelinin “Kalış sürecinde şikâyetlerinize çözüm bulma düzeyleriyle ilgili olup, bu ifadeyi çok iyi düzeyde olarak işaretleme oranları sırasıyla %34,2 oranıyla devlet, % 30,2 oranıyla özel ve % 7,4 oranıyla üniversite hastaneleridir. Bu ifadeyi iyi düzeyde değerlendiren hastaların

hastane türlerine göre dağılımı şu şekildedir: % 78,3 oranıyla Üniversite hastaneleri, % 54,4 oranıyla devlet hastaneleri ve % 47,9 oranıyla özel hastanelerdir. Bu ifadeyle ilgili memnuniyetsizlik oranı diğer hastane türleri temel alındığında özel hastane (% 8,9) ve üniversite hastanelerindeki (%9,0) olumsuz deneyimin (kötü, çok kötü) daha yüksek çıktığı görülmektedir.

*Hasta haklarıyla ilgili olarak bilgilendirilme* ifadesinin beşli ölçekte değerlendirme sonucuna göre, devlet hastanesinde tedavi görenler çok iyi düzeyi % 30,1 ve iyi düzeyi % 39,9 olarak belirtirken, özel hastanelerde tedavi görenler ise çok iyi düzeyi % 25,4 ve iyi düzeyi % 43,8 oranında belirtmişlerdir. Üniversite hastanesinde tedavi görenler için çok iyi % 5,3 ve iyi % 67,2 olarak derecelendirilmiştir. Bu sonuca göre hastalar haklarıyla ilgili olarak üç hastane türünde de % 70 civarlarında bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 19’da yer alan beşinci ifade hastaların *Organ bağıışı ile ilgili bilgilendirilme düzeylerini* sorgulamaktadır. Bu ifadeyle ilgili olarak hastaların vermiş oldukları cevapların dağılımı çoğunlukla olumsuzdur. Yani hastaların organ bağıışı konusunda bilgilendirilmesinde eksik kaldığı görülmektedir. Devlet hastanelerinin % 23,8’i bu konuda çok iyi ve iyi düzeyde bilgi verirken, toplamda hastaların, % 63’ü bu konuda ya çok kötü ya da hiç bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir. Özel hastaneler bu konuyla ilgili bilgilendirmede diğerlerine göre daha iyi bir yüzdeye sahiptirler. Özel hastanelerde tedavi gören hastaların % 46,8’i bu konuda çok iyi ve iyi düzeyde bilgi verildiğini belirtirken, orta düzeyde bilgilendiğini belirten hasta oranı % 33,1’dir. Geriye kalan yaklaşık % 20’lik orana sahip olan hastalar ise, bu konuda hiç bilgi verilmediğini belirtmişlerdir. Üçüncü tür hastane olan üniversite hastanelerinde ise organ bağıışıyla ilgili olarak hastalardan % 14,9’u çok iyi ve iyi düzeyde bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Üniversite hastanelerinde organ bağıışı konusunda orta düzeyde bilgilendiğini belirten hasta oranı % 11,6 iken, düşük düzeyde ya da hiç bilgilendirmediğini belirten oran ise %73,5’e eşit çıkmıştır.

## 5.2.2. Faktör Analizi ve Yapılandırılmış Çalışma Modeli

Anket formunda yer alan ifadeler faktör analizine tabi tutulmuştur. Araştırma modeli faktör analizi sonucunda ortaya çıkan boyutlarla tekrar düzenlenmiştir.

### 5.2.2.1. Faktör Analizi ve Sonuçları

Veriler arasındaki ilişkilere dayanarak, bu verilerin daha anlamlı ve özet bir biçimde sunulmasını sağlayan bir analiz türü olan faktör analizinin amacı, değişkenler arasındaki karşılıklı bağımlılığın kökeni araştırmaktır (Kurtuluş,2004, s.398-399). Bir tür sınıflandırma yöntemi olan faktör analiziyle, değişkenler arası ilişkiler incelenir. Bu ilişkileri oluşturan faktörler belirlenir, çok sayıda değişken makul sayıya düşürülerek daha az sayıda değişkene dönüştürülmeleri sağlanır. Azalan yeni yapıdaki değişkenlere, müşterek adlar yakıştırarak, gözlemlerin eğilimini adlandırılır, ölçülür ve keşfedilir. Bu yöntemde değişkenler arası ilişkiler arasında tahmini ve kriter değişkeni ayrımı olmayıp, değişkenler arasındaki ilişkiler doğrusal kabul edilir (Nakip, 2003, s.403-404; Malhotra, 1996, s.647). Pazarlama alanı faktör analizinin en sık kullanıldığı alanlardan birisidir. Özellikle son yıllarda rekabetin artması, işletmelerin müşterilerini daha yakından tanıma ve daha iyi takip etme ihtiyacını arttırmıştır. Bu açıdan pazarlama faktör analizinden geniş ölçüde yararlanmaktadır (Nakip, 2003, s.403-404).

Bu çalışmada algılanan sağlık hizmeti kalite boyutlarını ortaya çıkarmaya yönelik oluşturulan 43 ifade faktör analizine tabi tutulmuştur. Çalışma kapsamına dâhil edilen devlet, özel ve üniversite hastanelerinden yataklı tedavi hizmeti alan hastaların memnuniyetlerine etki eden birçok değişken vardır. Bu değişkenleri daha az sayıda bileşenle ifade edebilmek ve memnuniyet faktörlerini belirlemek için öncelikle verilere Faktör Analizi uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğü faktör analizi için oldukça önemli olup, örneklem yeterliliği için kullanılan ölçütlerden bir tanesi de KMO ölçütüdür. Bu ölçüt, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklükleri ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüklerini karşılatıran bir indeks olup, bu değer 1'e yaklaştıkça örneklem yeterliliği yükselir (Özgür,2003:38-39). Barlett'in Küresellik testi, korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Böylelikle Kullanılan değişkenlerin birbiriyle anlamlı ilişkiye sahip olduğu sonucuna varılır ki bu da faktör analizinin uygun yöntem olduğu anlamına gelebilir (Özgür,2003:38-39) Faktör Analizi

uygulamadan önce kullanılan örneklemin bu analize yeterliliğini ölçmek için yapılan geçerlilik analizinde, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi (measure of sampling adequacy-KMO:0,912) ve Barlett testi (Barlett's Test of Sphericity) sonuçlarından yararlanılmış olup (yaklaşık Ki-Kare: 26182,423 ve p:0,000), bu veri için faktör analizinin uygunluğu kanıtlanmıştır. Faktör analizi için ilgili ön koşullar sağlandıktan sonra hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarını ortaya çıkarmaya yönelik olarak hazırlanan 43 değişkene varyans maksimizasyonuna dayanan varimax rotasyonlu temel bileşenler faktör analizi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, özdeğeri 1'den büyük ve faktör ağırlıkları (yüklemeleri) 0,50'nin üzeri olan değerlerin dikkate alındığı sekiz faktör (boyut) elde edilmiştir (Tablo 20). Bu sekiz faktör, toplam varyansın % 78,923'ünü açıklamaktadır. Ayrıca Tablo 20'de her bir alt faktörün toplam varyansı açıklamadaki göreceli önemi ortaya konmuştur. Faktör analizi ile 8 faktör altında toplanan algılanan hizmet kalitesi boyutları, değişkenlerinin özellikleri de dikkate alınarak şu şekilde adlandırılmıştır: *Faktör 1: Refakatçilere Sunulan Hizmetler, Faktör 2: Oda Hizmetleri, Faktör 3:Hemşirelik Hizmetleri, Faktör 4: Hekim Hizmetleri, Faktör 5: Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri, Faktör 6: Yemek Hizmetleri, Faktör 7: Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme, Faktör 8: Hasta Hizmetleri.*

Tablo 20

*Faktör Analizi Sonuçları*

<b>Faktörler</b>	<b>Faktör yükü</b>	<b>Öz değer</b>	<b>Var.%'si</b>	<b>K.Var.%'si</b>
<b><i>Faktör 1: Refakatçilere Sunulan Hizmetler</i></b>		12,964	30,149	30,149
Refakatçi/ziyaretçilerime sağlık personelinin ilgili ve nazik davranması	,955			
Refakatçi/ziyaretçilerime güler yüzlü davranılması	,955			
Refakatçi/ziyaretçilerimin kaldığı yerin temiz ve konforlu olması	,916			
Refakatçilerimin kaldığım sürece kendilerini güvende hissetmesi	,956			
Ziyaretçilerime uygulanan ziyaret saati uygulaması	,949			
Hastanede ziyaretçiler için ayrılan oturma-bekleme salonunun yeterliliği	,914			
Refakatçilerimin kafeterya hizmetlerinden memnuniyeti	,882			

Tablo 20 (Devam)

<b>Faktör 2: Oda Hizmetleri</b>		6,998	16,275	46,423
Odanın görünümü	,745			
Odanın temizliği	,798			
Odanın ısı düzeyi	,760			
Odanın içinde ve çevresindeki ses düzeyi	,692			
Odanın yeterli düzeyde havalandırılması	,754			
Odanın aydınlatılması	,745			
Hasta yataklarının temizliği	,666			
Odada yer alan eşyaların modern ve kullanışlı olması (dolap, yatak vb.)	,719			
<b>Faktör 3: Hemşirelik Hizmetleri</b>		3,660	8,513	54,936
Hastanede kaldığım sürece hemşirelerin bana ilgisi, güler yüzü ve nezaketi	,859			
İhtiyaç duyduğum her anda hemşirelere ulaşma	,860			
Yapılacak her işlemle ilgili hemşire tarafından açık ve anlaşılır bir dille bilgilendirilme	,857			
Hemşirelerin işleriyle ilgili deneyimi-becerisi	,882			
Özel istek ve ihtiyaçlarımla ilgili olarak hemşirelerin ilgisi	,823			
Hemşirelerin kişisel bakım ve temizliği	,708			
<b>Faktör 4: Hekim Hizmetleri</b>		2,922	6,797	61,733
Doktor tarafından teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirilme	,843			
Yattığım süre içinde istediğim zaman doktora ulaşabilme	,830			
Doktorların hastayı ziyaret etme sıklığı	,856			
Doktorumun kendi alanındaki deneyimi	,834			
Doktorumun tedavi yöntemi ile ilgili açık ve anlaşılır bilgiler vermesi	,799			
Doktorların kişisel bakım ve temizliği	,799			
<b>Faktör 5: Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri</b>		2,473	5,752	67,485
Genel olarak hastanenin görünümü	,704			
Çalışanların görünümü	,804			
Hastanede kullanılan araçların görünümü (teknolojik ve yenilik bakımından)	,801			
Hastaneye ulaşım imkânları	,700			
Hastane içi ulaşım rahatlığı (yönlendirmeler, levhalar vb.)	,673			
<b>Faktör 6: Yemek Hizmetleri</b>		2,115	4,918	72,403
Yemeklerin sıcaklığı	,892			
Yemeklerin kalitesi	,912			
Yemeklerin çeşidi	,905			
Yemek servisi yapan personelin davranışı	,553			

Tablo 20 (Devam)

<b>Faktör 7: Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme</b>		1,433	3,332	75,735
Santral-Randevu hizmetleri	,817			
Tedavi ücreti konusunda bilgilendirme	,904			
Tedavi ücretini ödeme konusunda bilgi verme	,900			
<b>Faktör 8: Hasta Hizmetleri</b>		1,371	3,188	78,923
Hasta hizmetleri görevlilerinin iş tecrübesi ve bilgisi	,738			
Hasta hizmetleri görevlilerinin kişisel bakım ve temizliği	,754			
Hastanede kaldığım sürece hasta hizmetleri görevlilerinin ilgi, güler yüzü ve nezaketi	,739			
Hasta hizmetleri görevlileri tarafından hastane hizmetleri (oda tanıtımı, alet ve cihaz kullanımı) hakkında bilgilendirilme	,753			

(\*) Varimax Rotasyonlu Temel Bileşenler Analizi, Özdeğer > 1, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi: 0,912, Bartlett Test of Sphericity, Yaklaşık Ki-Kare değeri: 26182,423 Sig.: 0.00,  $p < 0,01$ , Faktör yükleri (ağırlıkları) > (=) 0,50, Açıklanan toplam varyans: %78,923.

Yapılan faktör analizi sonucunda yataklı tedavi hizmeti kalite boyutunu oluşturan sekiz ayrı boyut olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçta, SERVQUAL ölçeğinde yer alan beş boyutun sağlık hizmeti sunan kurumlara ilişkin kalite ölçümünde diğer sektörlerde olduğu gibi ortaya çıkmayabileceği görüşünü desteklemektedir (Shemwell ve Yavaş, 1999; Yağcı ve Duman,2007, s.226).

*Faktör 1: Refakatçilere Sunulan Hizmetler:* Algılanan hizmet kalitesini belirleyen ifadeler faktör analizine tabi tutulmuş ve bu analiz sonucu, toplam varyansın %30,149'unu açıklayan hastaların refakatçilerine yönelik tutumu ilk faktör olarak ortaya çıkmıştır. Bu faktör altında yer alan ifadelerin bu faktörü açıklamadaki katkıları: 1.Refakatçi-ziyaretçilerime sağlık personelinin ilgili ve nazik davranması (,955); 2. Refakatçi-ziyaretçilerime güler yüzlü davranılması (,955); 3. Refakatçi-ziyaretçilerimin kaldığı yerin temiz ve konforlu olması (,916); 4. Refakatçilerimin kaldığım sürece kendilerini güvende ve güvenli hissetmesi (,956); 5; Ziyaretçilerime uygulanan ziyaret saati uygulaması (,949); 6. Hastanede ziyaretçiler için ayrılan oturma-bekleme salonunun yeterliliği (,914); 7. Refakatçilerin kafeterya hizmetlerinden memnuniyeti (,882) şeklinde olmuştur.

*Faktör 2: Oda Hizmetleri:* Faktör analizi sonucunda, yatarak tedavi hizmeti gören hastaların algıladıkları hizmete yönelik boyutlardan tedavi gördükleri odanın özellikleri ikinci faktör olarak belirlenmiştir. Toplam varyansın % 16,275'ini açıklayan bu faktör odanın görünümü (,745), temizliği(,798), ısı düzeyi (,760) ve ses düzeyi (,692), havalandırılması (,745), aydınlatılması (,745), yatakların temizliği (,666) ve odada bulunan eşyaların görünümü (,719) özelliklerini içermektedir. İkinci faktörü açıklamada en yüksek katkı odanın temizliği ile açıklanmış olup, en düşük katkı ise hasta yataklarının temizliğiyle ilgili olan yargıyla açıklanmıştır.

*Faktör 3: Hemşirelik Hizmetleri:* Toplam varyansın % 8,513'ünü açıklayan üçüncü faktör hemşirelik hizmetleri olarak adlandırılmış olup, bu faktörün altında altı yargı yer almıştır. Bu faktöre katkı sağlayan ifadeler şu şeklide yer almaktadır: Buna göre faktör analizi sonucunda hemşirelerin deneyim ve işleriyle ilgili becerileri ifadesi (,882) en fazla katkıyı sağlarken en düşük katkı ise hemşirelerin kişisel bakım ve temizliği (,708) ile açıklanmıştır. Bu aralıkta hemşirelere ihtiyaç duyulan anda ulaşabilmek (,860) hastaların özel istek ve ihtiyaçlarıyla ilgili hemşirelerin ilgisi (,823), hemşireler tarafından hastanın tedavi süreci ve işlemleriyle ilgili olarak açık ve anlaşılır bir dille bilgilendirilmeleri (,857), hastalarla ilişkilerinde ilgili ve güler yüzlü olmaları (,859) durumları yer almıştır.

*Faktör 4: Hekim Hizmetleri:* Toplam varyansın % 6,797'sini açıklayan dördüncü faktör hekim hizmetleri olarak adlandırılmış olup, bu faktörün altında altı yargı toplanmıştır. Doktorların yatarak tedavi hizmeti alan hastalara yönelik tutumlarını açıklayan ifadeler arasında en yüksek katkı doktorların hastayı ziyaret etme sıklıklarıyla ilgili (,856) olan ifade olup, en düşük katkı ise doktorun kişisel bakım ve temizliği (,708) ile ilgili olan ifadeyle açıklanmıştır. Bu boyutu açıklayan diğer ifadeler arasında ise istenilen anda doktora ulaşabilme (,830), doktorun teşhis ve tedavi ile ilgili hastayı bilgilendirmesi (,843), açık ve anlaşılır bir dil ile iletişim kurması (,799) ve hekimin kendi alanındaki deneyimi (,834) yer almaktadır.

*Faktör 5: Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri:* Faktör analizi sonucu ortaya çıkan beşinci faktörü açıklayan ifade sayısı beş olup toplam varyansın % 5,752'sini açıklamıştır. Hastaların hastaneyle ilgili olarak genel değerlendirmelerini açıklayan bu faktörü açıklamada en yüksek katkı çalışanların görünümü (,804) ile sağlanırken, bu



faktörü açıklamada en düşük katkı ise hastane içi ulaşımın kolay ve rahat olmasıyla (yönlendirmeler, levhalar vb.) (,673) ilgili olan ifade olmuştur. Bu faktör altında tanımlanan diğer üç ifade ise, hastanede kullanılan araçların teknolojik ve modern bir yapıya sahip olması (,801), hastaneye ulaşım imkânları (,700) ve genel olarak hastanenin görünümü (,704) olarak açıklanmıştır.

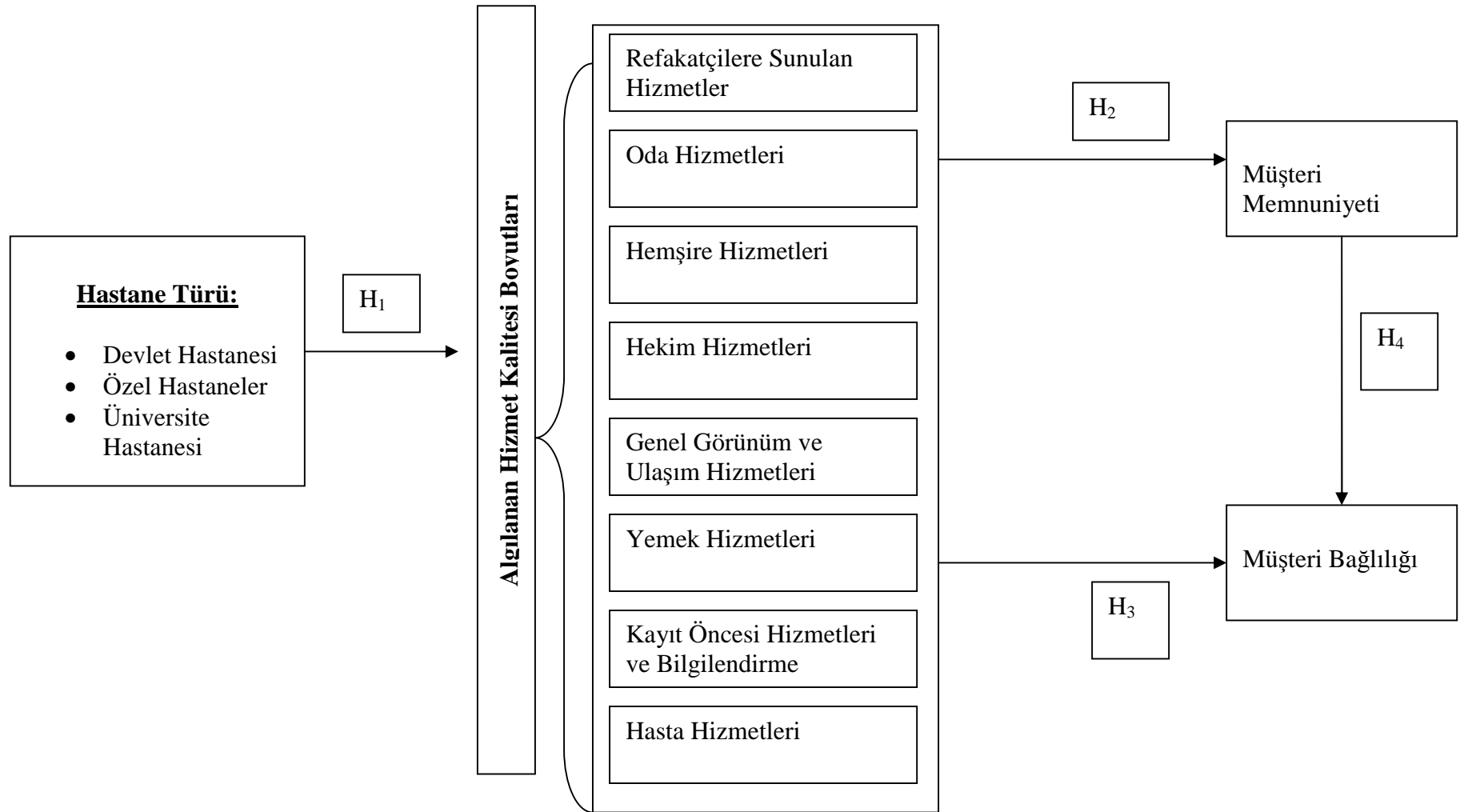
*Faktör 6: Yemek Hizmetleri:* Beslenme hizmetlerine yönelik tutumu ölçekte yer alan dört ifade toplam varyansın % 4,918'ini açıklayarak ölçmüştür. Yemeklerin kalitesiyle ilgili değerlendirme ifadesi en yüksek katkıyı (,912) sağlarken bu faktörün açıklanmasında en düşük katkı ise (,553) yemek servisi yapan personelin davranışı ifadesiyle olmuştur. Yemeklerin sıcaklığı (,892) ve yemeklerin çeşidi (,905) ise bu faktörü açıklayan diğer ifadeler olmuştur.

*Faktör 7: Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme:* Üç ifadenin yer aldığı kayıt öncesi hizmetler ve bilgilendirme faktörü toplam varyansın % 3,332'sini açıklamakta olup, yedinci faktör olarak tanımlanmıştır. Bu sonuca göre bu faktörü açıklamada en çok katkı sağlayan ifade tedavi ücreti konusunda bilgilendirilmeye (,904) ilgiliyken, en düşük katkı ise santral-randevu alma hizmetlerini açıklayan ifadeyle (,817) olmuştur. Ortada yer alan ifade ise, tedavi ücretini ödeme konusunda bilgi verilmesi (,900)'dir.

*Faktör 8: Hasta Hizmetleri:* Faktör analizi sonucu ortaya çıkan dört ifadeyle açıklanan faktöre hasta hizmetleri adı verilmiş olup, bu faktör toplam varyansın % 3,188'ini açıklamıştır. Bu faktörü açıklayan dört ifadeden en yüksek katkı hasta hizmetleri görevlilerini kişisel temizlik ve bakımlarıyla ilgili olan ifade (,754) olup, en düşük katkı ise bu personelin iş tecrübe ve deneyimiyle ilgili olan ifadeyle (,738) açıklanmıştır. Bu faktörü açıklamada yardımcı olan diğer iki ifade ise sırasıyla şu şekildedir; hastane hizmetleri hakkında hasta hizmetleri görevlilerinin bilgilendirmesi (,753) ve tedavi süresince hasta hizmetleri görevlilerinin ilgisi, güler yüzü ve nezaketi ifadesi (,739).

### **5.2.2.2. Yeniden Yapılandırılmış Araştırma Modeli**

Araştırmanın bu aşamasında faktör analizi sonuçlarına dayalı olarak araştırma modeli yeniden oluşturulmuş ve Şekil 7’de sunulmuştur. Modelde yer alan değişkenler çalışmanın yapıldığı hastane türü, algılanan hizmet kalitesi boyutları, müşteri memnuniyeti ve müşteri bağlılığıdır.



Şekil 7. Yeniden Yapılandırılmış Araştırma Modeli

### 5.2.3. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

Çalışmanın bu bölümünde yapılan araştırmanın güvenilirlik ve geçerlilik testleri ve dayanaklarına yer verilmiştir.

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem “anket” tir. Daha fazla konuyu, daha etkili ve daha az maliyetli araştırabilmek anket yöntemi ile mümkün olduğundan sağlık sektöründe de kullanılan en yaygın yöntemlerin başında gelmektedir (Akgün ve Erdal, 1997, s.222 ; Erdem, 2007, s.158). Anket tekniği, gerek kolay uygulanabilirliği ve düşük maliyetli olması açısından gerekse geçerlilik ve güvenilirliğinin daha kolay ölçülmesi açısından ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olması açısından bir takım üstünlüklere sahiptir (Erdem, 2007, s.158). Anket yönteminin başarılı olmasında en önemli faktörler, anketin geçerli ve güvenilir olmasıdır. Geçerlilik ankette yer alan soruların, ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyi olarak ifade edilebilirken, güvenilirlik ise, anketin aynı gruba, aynı koşullarda birkaç defa uygulanması durumunda aynı sonuçların alınması olarak tanımlanabilir (Erdem, 2007, s.158). Araştırma verilerinin analizinde kullanılan yöntemlerin ve araştırma sonucunda elde edilen bulguların güvenilirliği ve geçerliliği araştırmanın başarısı açısından büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla, her araştırmacıdan güvenilirlik ve geçerliliği test etmesi ve sonuçlarını rapor etmesi beklenmektedir (Yüksel ve Yüksel, 2004, s. 71; Işık, 2011, s.138).

Güvenilirlik bir ölçme aracının, duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi anlamını taşırken, geçerlilik ise, bir ölçme aracının, bu araçla ölçülmek istenen özelliğin ölçülerini diğer özellik veya özelliklerin ölçüleri ile karıştırmadan değerlendirebilme derecesidir (Erdem, 2007, s.162). Likert tipi ölçeklerde veya derecelendirme ölçeklerinde sıklıkla kullanılan ve ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılığını ölçmeye yönelik kullanılan analizdir (Alpar, 2003, s.381). Cronbach’ın geliştirdiği ve kendi adıyla kullanılan Cronbach Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı ölçeğin unsurlarını ölçmeye yönelik maddelerden oluştukları söylenir (Erdem,2007, s.163). Likert tipi bir ölçekte güvenilirlik oranları için aşağıda belirtilen aralıklardaki alfa değeri güvenilirlik düzeyini ifade etmektedir.

Alfa katsayısı,

- $0,00 \leq \text{Alfa} < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir,
- $0,40 \leq \text{Alfa} < 0,60$  ise ölçek güvenilirliği düşüktür,
- $0,60 \leq \text{Alfa} < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir,
- $0,80 \leq \text{Alfa} < 1,00$  ise ölçek yüksek düzeyde güvenilirdir (Kalaycı vd., 2009, s.405).

Bu bilgiler çerçevesinde, bu araştırmada kullanılan 5 noktalı çizgisel derecelendirme ölçeğinde yer alan 43 ifadenin toplandığı sekiz faktör altında ki değişkenlerin kendi aralarındaki içsel tutarlılığına ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 21’de yer almaktadır.

Tablo 21

*Algılanan Hizmet Kalitesi Faktörlerinin Güvenilirliği*

Faktör Adı	Soru Sayısı	Cronbach Alfa
Refakatçilere Sunulan Hizmetler	7	,982
Oda Hizmetleri	8	,916
Hemşirelik Hizmetleri	6	,949
Hekim Hizmetleri	6	,938
Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri	5	,832
Yemek Hizmetleri	4	,895
Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme	3	,941
Hasta Hizmetleri	4	,909

Araştırmada değerlendirilen sekiz faktörün her biri altında toplanan değişkenlere ilişkin değerlerin 0,80’inin üzerinde olması dolayısıyla ölçek, yüksek düzeyde güvenilir olarak ifade edilmektedir.

#### 5.2.4. Hipotez Testleri ve Sonuçları

Çalışma modelinde yer alan dört hipotezi test etmek için çeşitli istatistikî testlerden yararlanılmıştır. Modelde yer alan  $H_1$  hipotezi hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutları açısından hastane türlerine göre bir farklılık olup olmama durumunu ortaya çıkarmaya yönelik oluşturulmuştur.  $H_1$  hipotezini test etmek için Varyans Analizi uygulanmıştır. Modelde yer alan  $H_2$ ,  $H_3$  ve  $H_4$  hipotezlerini test etmek için regresyon analizleri kullanılmıştır. Algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre farklılık durumunu değerlendirmek için geliştirilen  $H_2$  hipotezi

çoklu doğrusal regresyon analiziyle, hastane türlerine göre geliştirilen hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığına etki düzeyini anlamak için geliştirilen  $H_3$  hipotezini ve genel memnuniyet düzeyiyle hastaneyi tekrar ziyaret etme durumuna etkisini anlamak için geliştirilen  $H_4$  hipotezini test etmek için lojistik regresyon analizlerinden faydalanılmıştır.

#### **5.2.4.1 Hastane Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutlarının Farklılıkları**

Hizmet kalitesi boyutlarının hastane türlerine göre farklılık gösterip göstermeme durumunu ortaya çıkarmaya yönelik geliştirilen ilk hipotezi analiz etmek için Anova analizinden yararlanılmıştır. Varyans analizi olarak bilinen Anova, bir bağımlı değişken üzerinde etkide bulunan bağımsız değişkenlerin etkilerini karşılaştırmakta kullanılmaktadır. Varyans analizinde bağımsız değişkenlere faktör ya da işlem, faktörlerin değerlerine ise faktör düzeyleri ya da işlem düzeyleri denir. Varyans analizinin amacı, faktörlerin çeşitli düzeylerinin bağımlı değişken üzerindeki etki derecelerini ortaya çıkarmaktır. Bu analizin uygulandığı modellerde bir ya da birden fazla faktör olabilir. Bir faktörün olduğu durumlarda tek faktörlü varyans analizi kullanılmaktadır (Nakip, 2003, s.351; Hair vd.,1992, s.158-160). Bu analizinin amacı, bir faktöre ait çeşitli düzeylerin bağımlı değişken üzerindeki etki derecelerini ortaya koymaktır ve tek faktörün çeşitli düzeylerinin belirli bir bağımlı değişken üzerindeki etkilerinin ölçümünde kullanılır (age, s.354). Analiz, bağımlı değişkenin faktör düzeylerindeki aritmetik ortalamalarına göre hesaplanmaktadır. Faktörlerin çeşitli düzeyleri farklı gruplara uygulandıktan sonra, bütün birimlerde bağımlı değişken değeri belirlenir. Faktör düzeyleri etki yönünden birbirinden farklı ise, faktör düzeyleri ortalamalarının birbirinden farklı olması beklenir.

ANOVA (varyans Analizi), gruplar arası farkın olup olmama durumunu ortaya çıkarır. Hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu anlamak için “Post Hoc” testlerinden yararlanır. Bu çalışmada  $H_1$  hipotezi için, tek faktörlü varyans analizi kullanılmış olup, varyanslar eşit olmaması dolayısıyla Post Hoc testlerinden biri olan Tahmane’s T2 testi kullanılmıştır. Tablo 21 ve Tablo 22’de hastane türlerine göre Varyans Analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 22’de hastane türlerine göre belirlenen değişkenler arası farklılıklar açıklanırken, Tablo 23’de ise, Varyans Analizi sonuçlarına

yer verilmiştir. Tablo 24’de ise Post Hoc testlerinden bu araştırma hipotezine uygun olan Tamhane’s T2 testinin sonuçlarına ait bulgular yer almaktadır. Varyans homojenliği **Levene** testi ile ölçülmektedir. Levene testinde anlamlılık düzeyi 0,05’den büyük çıkarsa dağılımın varyans homojenliğini sağladığı küçük çıkarsa sağlamadığı sonucuna varılır bu çalışma için Levene Testi sonuçları Ek-4’te yer almaktadır..

Tablo 22

*Hastane Türlerine Göre Belirlenen Değişkenler Arası Farklılıklar*

Hizmet Kalitesi Boyutları						%95 Güven Aralığı	
	Hastane türü	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Düşük Sınır	Yük. Sınır
<b>Refakatçi Hizmetleri</b>	Devlet	133	2,4323	1,71887	0,12341	2,1889	2,6757
	Özel	161	4,0761	1,09243	0,08403	3,9102	4,242
	Üniversite	162	3,3719	1,40278	0,10204	3,1706	3,5732
	Toplam	456	3,2572	1,58743	0,06757	3,1245	3,39
<b>Oda Hizmetleri</b>	Devlet	193	4,0348	0,63959	0,04592	3,9442	4,1254
	Özel	169	4,4608	0,66832	0,05141	4,3593	4,5623
	Üniversite	189	4,0384	0,414	0,03011	3,979	4,0978
	Toplam	551	4,1664	0,6134	0,02611	4,1152	4,2177
<b>Hemşirelik Hizmetleri</b>	Devlet	193	4,384	0,54991	0,03948	4,3062	4,4619
	Özel	169	4,4831	0,80555	0,06215	4,3604	4,6058
	Üniversite	189	4,1464	0,40973	0,0298	4,0876	4,2052
	Toplam	551	4,3327	0,61669	0,02627	4,2811	4,3843
<b>Hekim Hizmetleri</b>	Devlet	193	4,5421	0,52795	0,0379	4,4673	4,6169
	Özel	169	4,7123	0,48418	0,03736	4,6386	4,7861
	Üniversite	189	4,291	0,51826	0,0377	4,2166	4,3654
	Toplam	551	4,5079	0,53865	0,02295	4,4628	4,5529
<b>Yemek Hizmetleri</b>	Devlet	193	3,9137	0,84057	0,06035	3,7946	4,0327
	Özel	169	3,8447	1,007	0,07746	3,6918	3,9976
	Üniversite	189	3,9484	0,57686	0,04196	3,8656	4,0312
	Toplam	551	3,9044	0,81976	0,03489	3,8359	3,973
<b>Genel Görünüm ve Ulaşım hizmetleri</b>	Devlet	193	3,8299	0,59124	0,04245	3,7462	3,9136
	Özel	169	4,2639	0,91453	0,07035	4,125	4,4028
	Üniversite	189	4,0984	0,3835	0,0279	4,0434	4,1534
	Toplam	551	4,0547	0,67787	0,02885	3,998	4,1114
<b>Kayıt Öncesi bilgilendirme</b>	Devlet	103	1,5876	1,60868	0,1155	1,3598	1,8154
	Özel	169	4,0552	0,80234	0,06172	3,9334	4,1771
	Üniversite	189	3,4727	0,76646	0,05575	3,3627	3,5826
	Toplam	441	2,9885	1,55677	0,06626	2,8584	3,1187
<b>Hasta Hizmetleri</b>	Devlet	193	4,1456	0,62317	0,04474	4,0574	4,2339
	Özel	169	4,5357	0,61681	0,04759	4,4418	4,6297
	Üniversite	189	4,086	0,36221	0,02635	4,034	4,138
	Toplam	551	4,2441	0,57847	0,02464	4,1957	4,2925

Tablo 22’de faktör analizi sonucu belirlenen sekiz faktörün hastane türlerine göre farklılık gösterip göstermeme durumlarının dağılımlarına yer verilmiştir.

Tablo 23

*Varyans Analizi Sonuçları*

Hizmet Kalitesi Boyutları	Değişimin Kaynağı (1)	Kareler Toplamı (2)	Serbestlik Derecesi (3)	Ortalama Kare (4)	F (4)= (3) / (2)	F Olasılık Değeri
<b>Refakatçi Hizmetleri</b>	Gruplar arası	247,835	2	123,917	59,642	0,000
	Grup İçi	1140,657	549	2,078		
	Toplam	1388,491	551			
<b>Oda Hizmetleri</b>	Gruplar arası	21,106	2	10,553	31,113	0,000
	Grup İçi	186,212	549	0,339		
	Toplam	207,318	551			
<b>Hemşire Hizmetleri</b>	Gruplar arası	10,874	2	5,437	15,025	0,000
	Grup İçi	198,293	548	0,362		
	Toplam	209,166	550			
<b>Hekim Hizmetleri</b>	Gruplar arası	16,137	2	8,069	30,825	0,000
	Grup İçi	143,44	548	0,262		
	Toplam	159,577	550			
<b>Yemek Hizmetleri</b>	Gruplar arası	0,986	2	0,493	0,733	0,481
	Grup İçi	369,286	549	0,673		
	Toplam	370,272	551			
<b>Genel Görünüm ve Ulaşım ve Hizmetleri</b>	Gruplar arası	17,562	2	8,781	20,459	0,000
	Grup İçi	235,626	549	0,429		
	Toplam	253,188	551			
<b>Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme</b>	Gruplar arası	587,150	2	293,575	217,330	,000
	Grup İçi	741,603	549	1,351		
	Toplam	1328,753	551			
<b>Hasta Hizmetleri</b>	Gruplar arası	20,893	2	10,447	35,089	0,000
	Grup İçi	163,15	548	0,298		
	Toplam	184,043	550			



Tablo 23’de her bir hizmet kalitesi boyutu için hesaplanan F değerleri ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde “*yemek hizmetleri (F=0.733)*” boyutu dışında diğer tüm boyutlar için değişik türden hastanelerden alınan örneklem ortalamaları arasında istatistiksel olarak 0.05 önem düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Öte yandan, “*refakatçi hizmetleri (F=59.462), oda hizmetleri (F=31.113), hemşire hizmetleri (F=15.025), hekim hizmetleri (F=30.82, genel görünüm ve ulaşım hizmetleri (F=20.459), kayıt öncesi hizmetler ve bilgilendirme (F=217.330) ve hasta hizmetlerine (F=35.089)*” yönelik algılarda 0.05 önem düzeyinde hastane türüne göre belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Belirlenen faktörlerden sadece “*yemek hizmetleri*” (F=0,733), için hastane türlerine göre 0.05 önem düzeyinde anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Dolayısıyla bu konuda geliştirilen  $H_1$  hipotezi desteklenmektedir. Başka bir ifadeyle, üç değişik hastane türünde algılanan hizmet kalitesi yataklı tedavi gören hastalar açısından farklılıklar göstermektedir.

Varyans analizi tekniğinde kullanılan F istatistiği bunun dışında bir bilgi vermemektedir. Oysa, grup ortalamalarının aynı olmadığının bilinmesi kadar, farklılığın hangi grup ortalamaları arasında olduğunun bilinmesi de önem taşır. Bu nedenle toplanan verilerin çözümlenmesine devam edilmiş ve F istatistiği ile ortaya çıkan farklılığın kaynağına inilmek üzere “Çoklu Karşılaştırmalar” tekniklerinden birisi kullanılmıştır. Bu çalışmada grup varyansları eşit olmadığı için post hoc testlerinden biri olan Tamhane’s T2 testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 24’te sunulmuştur. Ayrıca varyanslar arasındaki farklılıkların anlamlı olduğunu gösteren Levene Testi sonuçları EK.4.de yer almaktadır.

Tablo 24

*Post Hoc Testleri (Tamhane’s T2)*

Bağımlı Değişken	(I) Hastane Türü	(J) Hastane Türü	Ortalama Farklılığı (I-J)	Standart Hata	P değeri
Refakatçi Hizmetleri	Devlet	Özel	-1,64382*	0,1493	0,000
		Üniversite	-,93963*	0,16013	0,000
	Özel	Devlet	1,64382*	0,1493	0,000
		Üniversite	,70420*	0,13219	0,000
	Üniversite	Devlet	,93963*	0,16013	0,000
		Özel	-,70420*	0,13219	0,000

Tablo 24 (Devam)

Oda Hizmetleri	Devlet	Özel	-,42601*	0,06893	0,000
		Üniversite	-0,00357	0,05491	1,000
	Özel	Devlet	,42601*	0,06893	0,000
		Üniversite	,42244*	0,05958	0,000
	Üniversite	Devlet	0,00357	0,05491	1,000
		Özel	-,42244*	0,05958	0,000
Hemşire Hizmetleri	Devlet	Özel	-0,09911	0,07363	0,447
		Üniversite	,23764*	0,04947	0,000
	Özel	Devlet	0,09911	0,07363	0,447
		Üniversite	,33675*	0,06893	0,000
	Üniversite	Devlet	-,23764*	0,04947	0,000
		Özel	-,33675*	0,06893	0,000
Hekim Hizmetleri	Devlet	Özel	-,17021*	0,05322	0,005
		Üniversite	,25109*	0,05346	0,000
	Özel	Devlet	,17021*	0,05322	0,005
		Üniversite	,42130*	0,05307	0,000
	Üniversite	Devlet	-,25109*	0,05346	0,000
		Özel	-,42130*	0,05307	0,000
Yemek Hizmetleri	Devlet	Özel	0,06899	0,0982	0,862
		Üniversite	-0,03475	0,0735	0,952
	Özel	Devlet	-0,06899	0,0982	0,862
		Üniversite	-0,10374	0,0881	0,561
	Üniversite	Devlet	0,03475	0,0735	0,952
		Özel	0,10374	0,0881	0,561
Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri	Devlet	Özel	-,43401*	0,08216	0,000
		Üniversite	-,26852*	0,05079	0,000
	Özel	Devlet	,43401*	0,08216	0,000
		Üniversite	0,16549	0,07568	0,087
	Üniversite	Devlet	,26852*	0,05079	0,000
		Özel	-0,16549	0,07568	0,087
Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme	Devlet	Özel	-2,46760*	0,13095	0,000
		Üniversite	-1,88503*	0,12825	0,000
	Özel	Devlet	2,46760*	0,13095	0,000
		Üniversite	,58256*	0,08317	0,000
	Üniversite	Devlet	1,88503*	0,12825	0,000
		Özel	-,58256*	0,08317	0,000
Hasta Hizmetleri	Devlet	Özel	-,39010*	0,06532	0,000
		Üniversite	0,05964	0,05192	0,581
	Özel	Devlet	,39010*	0,06532	0,000
		Üniversite	,44974*	0,05439	0,000
	Üniversite	Devlet	-0,05964	0,05192	0,581
		Özel	-,44974*	0,05439	0,000

\*Farklılıklar (I-J) .05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 24’de yer alan Post Hoc testlerinden Tamhane’s T2 testine göre hangi hastane türlerinin değerleri arası farklılıklarının belirgin olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Buna göre, incelenen tüm bağımlı değişkenler arasından beş değişkenle devlet-özel, devlet-üniversite ve özel-üniversite hastaneleri arasında belirgin farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre farklılıkların yok sayılacak düzeyde olduğu değişkenler ve hastane türleri şu şekildedir: Devlet ve üniversite hastaneleri arasında hasta hizmetlerinde ( $p=0,581$ ) oda hizmetlerinde ( $p=1,00$ ) ve yemek hizmetlerinde ( $p=0,952$ ) anlamlı farklılıklar yoktur. Yine özel ve üniversite hastanelerinin sunmuş oldukları hizmetler için belirlenen faktör boyutlarından genel görünüm ve ulaşım hizmetleri ( $p=0,087$ ) ile yemek hizmetlerinde ( $p=0,561$ ) anlamlı farklılık çıkmamıştır. Devlet ve özel hastaneler arasında ise hemşirelik hizmetleri ( $p=0,447$ ) ve yemek hizmetlerinde ( $p=0,862$ ) anlamlı düzeyde bir farklılık çıkmamıştır. Geriye kalan hekim hizmetleri, kayıt öncesi hizmetler ve bilgilendirme ve refakatçilere yönelik sunulan hizmetleri hastane türlerine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Hastaların belirlenen faktörler dikkate alınarak hangi hastane türünden diğer türlere göre daha iyi hizmet algıladıklarına ilişkin görüşlerinin değerlendirmeleri şu şekildedir:

- Refakatçi hizmetleri değişkeni için hastaneler arasında farklılıklar bulunmuştur. Bu değişkene ilişkin aritmetik ortalamalar karşılaştırılmış ve sonuç Özel hastaneler (4,0761), üniversite hastaneleri (3,3719) ve devlet hastaneleri (2,4323) şeklinde sıralanmıştır. Hastanelerin, hastaların refakatçilerine yönelik sunulan hizmetleri için algıladıkları kalite özel hastanelerde tedavi gören hastalar tarafından daha iyi düzeyde algılanırken, üniversite hastaneleri için algılanan kalite, orta düzeyde bir memnuniyete eşdeğerdir. Devlet hastanelerinde tedavi gören hastalar ise bu hizmetle ilgili algılarının düşük düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır.
- Hastaların tedavi gördükleri odaların özellikleri bakımından üç hastane türüyle ilgili sekiz ifadenin ortalamaları alınmıştır. Hastane türlerine göre farklılıklar anlamlı düzeyde olup özel hastanelerin (4,4603) sunmuş oldukları hizmetleri oldukça iyi olarak algılanırken, benzer ortalamaya sahip olan devlet (4,0348) ve üniversite hastaneleri (4,0384) için ise bu hizmetleri iyi düzeyde

algılamaktadırlar. Oda özellikleri değerlendirildiğinde genel olarak hastaların üç hastane türü içinde memnun oldukları görülmektedir.

- Hastaneler, sunmuş oldukları hemşirelik hizmetleri açısından değerlendirilmiş ve bu değişkenlere ilişkin ortalama değerleri hastane türlerine göre şu şekilde ortaya çıkmıştır: Özel hastaneler (4,4831), Devlet hastaneleri (4,3840) ve üniversite hastaneleri (4,1464). Ortalamalar değerlendirildiğinde, üç hastane türü için bu hizmet türü için kalite algısı iyi düzeyde çıkmış olmakla birlikte oldukça iyi düzeye yakın olan hizmet sağlayıcı özel hastanelerdir.
- Hekim hizmetlerine yönelik algılanan hizmet kalitesiyle ilgili değişken ortalamaları üç hastane türü için şu şekilde sıralanmıştır: Özel hastaneler (4,7123), devlet hastaneleri (4,5421) ve üniversite hastanesi (4,2910) sırasında çıkmıştır. Bu sonuca göre hekimlik hizmetleri açısından hastalar tedavi gördükleri özel ve devlet hastaneleri için oldukça iyi düzeyde memnun iken, üniversite hastaneleri açısından bu durum iyi düzeyde bir memnuniyeti karşılamaktadır.
- Çalışmada bir diğer değişken olan yemek hizmetleri açısından hastane türleri karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre, üniversite hastaneleri (3,9484), devlet hastaneleri (3,9137) ve özel hastaneler (3,8447) şeklinde ortalamalar sıralanmıştır. 0.05 anlamlılık düzeyinde hastanelerin sunmuş oldukları “yemek hizmetleri”nde türlere göre bir farklılık bulunamamıştır. Hastanelerin ortalama değerlerine bakıldığında, genel olarak yemek hizmetlerinin kalitesi, hastalar için orta düzeyde bir memnuniyet sağlamaktadır.
- Tedavi görülen hastanelerin genel olarak görünümü ve ulaşım hizmetlerine yönelik sundukları hizmetlerin değerlendirildiği bu değişken için, hastanelerin ortalama değerleri, Özel hastaneler (4,2639), üniversite hastanesi (4,0984) ve devlet hastaneleri (3,8299) şeklinde çıkmıştır. Ortalamalar değerlendirildiğinde özel ve üniversite hastanelerinde tedavi gören hastaların benzer bir ortalama değer ile hizmetleri algıladıkları ve iyi düzeyde memnun oldukları sonucu

çıkıştır. Devlet hastanelerinde tedavi örgen hastalar ise bu boyutla ilgili algıladıkları memnuniyet düzeylerini orta düzey olarak değerlendirmişlerdir.

- Kayıt öncesi hizmetler ve bilgilendirme konusunda hastaneler arasında farklılıklar vardır. Bu değişkene ilişkin aritmetik ortalamalar şu şekildedir: Özel hastane (4,0552), üniversite hastanesi (3,4727) ve devlet hastanesi (1,5876). Ortalama değerlere bakıldığında özel hastanelerin bu konuda oldukça iyi oldukları gözlenmiştir. Üniversite hastaneleri kayıt öncesi hizmetler ve bilgilendirme konusunda orta düzeyde kaliteli algılanırken, devlet hastanelerinde yatan hastaların bu hizmete yönelik algısı ise oldukça zayıftır.
- Son faktör olarak ortaya çıkan hasta hizmetleri hastane türlerine göre aritmetik ortalamaları dikkate alınarak değerlendirilmiş olup sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır: Özel hastaneler (4,5357), devlet hastaneleri (4,1456) ve üniversite hastaneleri (4,086). Bu ortalamalar değerlendirildiğinde, hasta hizmetleri konusunda oldukça iyi düzeyde hizmet sunan hastane türü özel hastaneler olarak çıkmıştır. İkinci sırada yer alan devlet hastaneleri ortalamalar dikkate alındığında, hasta hizmetleri bakımından iyi düzeyde memnun edici çıkmıştır. Üniversite hastanelerinin bu faktör için kalite düzeyleri ise devlet hastanelerine göre biraz daha düşük bir ortalamayla iyi düzeyde memnun edici olarak çıkmıştır.

#### **5.2.4.2. Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları, Memnuniyet ve Bağlılık İlişkisinin Analizi**

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle regresyon analizi hakkında bilgilere, daha sonra da araştırmaya ilişkin hipotez testlerinin sonuçlarına yer verilmektedir.

Çalışmada yer alan  $H_2$ ,  $H_3$  ve  $H_4$  modelde yer aldığı şekliyle, hastane türlerine göre hizmet kalitesi boyutlarının müşteri memnuniyeti ilişkisini, hastane türlerinin hizmet kalitesi boyutlarıyla müşteri bağlılığına etki düzeyini ve genel memnuniyet düzeyinin hastaneyi tekrar tercih etmede etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.  $H_2$  hipotezi için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılırken,  $H_3$  ve  $H_4$  hipotezlerini test etmek için lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

### 5.2.4.2.1. Basit ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Bilimsel araştırmaların temel işlevlerinden biri, değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisini kurmaktır. Bu ilişkiyi açıklayan istatistiksel çözümleme “regresyon analizleri” dir. Bağımsız açıklayıcı değişkenlerin, bağımlı değişkeni ne oranda etkilediğini ortaya koymak amacıyla regresyon analizleri yapılır. Regresyon analizi bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi ölçmede kullanılır. Bir başka ifadeyle, söz konusu analiz ile, bağımsız değişkende meydana gelecek bir birim artışın, bağımlı değişken üzerinde ne ölçüde, artma ya da eksilme olacağı ortaya konur. Değişkenler arası bu etki “regresyon katsayısı” ile açıklanır. Regresyon analizinde ilişkileri araştırılacak olan değişkenlerden üzerine etkilerini incelemek istediğimiz değişkene “*bağımlı (kriter) değişken*” denir ve Y ile gösterilir. Bağımlı değişkendeki değişmelerin nedenlerini belirlemek için ilişki kurulan diğer değişkene ise “*bağımsız (tahmini) değişken*” denir ve X ile gösterilir (Zikmund, 1986, s.652; Aziz, 1994, s.152).

Bir istatistiksel dağılımda değişkenlerin sayısına bağlı olarak regresyon problemleri farklı adlarla anılır. Bir dağılımda değişkenlerin sayısı iki ise, bu tür regresyona “basit regresyon”, değişkenlerin sayısı ikiden fazla ise “oklu regresyon” adı verilir. Bir başka ifadeyle, basit regresyon 1 bağımlı ve 1 bağımsız değişkenden, çoklu regresyon 1 bağımlı ve 2 ya da 2’den fazla bağımsız değişkenden oluşur. Çözümlemede bağımlı değişken “Y” ile, bağımsız değişken(ler) ise “X” olarak gösterilir. Biri bağımlı, biri bağımsız olmak üzere iki değişkenli bir olayda (n) kişinin gözlenmesi durumunda “X” ve “Y” değerleri olacaktır (Aziz, 1994, s153).

Regresyon analizi, bağımlı değişken ile bağımsız değişken(ler) arasındaki doğrusal ilişkiyi açıklar. Bağımsız değişken(ler) olan X değişkeni belirli değerler aldığında, Y’nin alacağı değer, tam olarak bilinmez, ancak yaklaşık olarak tahmin edilir.

Bu tahmin basit regresyon analizinde;

$$Y = \beta_0 + \beta_1(X_1) + \varepsilon \text{ denklemi,}$$

Çoklu regresyon analizinde;

$$Y = \beta_0 + \beta_1(X_1) + \beta_2(X_2) + \varepsilon \text{ denklemi kullanılarak yapılır (Gujarati, 1995, s.43, 52).}$$

Regresyon analizi bağımlı değişken ile bir veya daha çok bağımsız değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi incelemek amacıyla kullanılan bir analiz yöntemidir. İstatistiksel anlamda iki değişken arasındaki ilişki, bunların değerlerinin karşılıklı değişimleri arasında bir bağıllık şeklinde anlaşılır. Gerçekten X değişkeninin değerleri değişirken buna bağlı olarak Y değişkeninin değerleri de değişiyorsa, bu ikisi arasında bir ilişki bulunduğu söylenebilir. Regresyonda değişkenlerin bağımlı değişken ve bağımsız değişken(ler) olarak iki gruba ayrılması bir zorunluluktur. Bağımlı değişken, bağımsız değişken(ler) tarafından açıklanmaya çalışılan değişkendir. Regresyonda bağımlı değişken Y ve bağımsız değişken(ler) de X ile gösterilir.

Regresyon analizi, bağımsız değişken sayısına göre (Nakip, 2003, s. 290);

1. Basit regresyon analizi (Tek bağımsız değişken),
2. Çoklu regresyon analizi (Birden çok bağımsız değişken) olmak üzere ikiye ayrılır.

*Basit doğrusal regresyon analizinde*, bir bağımlı ve bir bağımsız değişken söz konusudur (Ural ve Kılıç, 2006, s. 253). Bu analiz, iki değişken arasındaki ilişkiyi tahmin etmeye yarar. Sadece metrik değişkenler arasındaki ilişkiyi tahmin etmeye yarar (Nakip, 2003: 209). Basit doğrusal regresyon analizi, bağımsız değişken sayısına göre (Nakip, 2003: 290); bağımlı değişkeninin tek bir bağımsız (açıklayıcı) değişken X ile arasındaki ilişkinin doğrusal fonksiyonla ifade edilmesine dayanmaktadır. Basit doğrusal regresyon modeli, tek bir serbest değişken içeren;  $Y_i = a + bX_i + e_i$  modelidir.

Çoklu Regresyon Analizi, bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi açıklar. Bağımsız değişkenler ( $X_n$ ) belirli değerler aldığı anda, bağımlı değişken Y'nin alacağı değer tam olarak bilinmez, ancak yaklaşık olarak tahmin edilir.

Bu tahmin çoklu regresyon analizinde;

$Y = \beta_0 + \beta_1 (X_1) + \beta_2 (X_2) + \epsilon$  denklemi kullanılarak yapılır (Gujarati, 1995, s.43, 52).

Bu çalışmada faktör analizi sonucunda 8'e indirgenen hizmet kalitesi değişkenleri ile bağımlı değişken olan "memnuniyet düzeyi" arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu ilişkide hastane türlerine göre farklılıkları ortaya koymak üzere geliştirilen  $H_2$  hipotezini test etmek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır

***H<sub>2</sub>: Hizmet kalitesi boyutları-müşteri memnuniyeti ilişkisi hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.***

Bu çalışma hizmet kalitesi boyutları ve genel memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkilerin hastane türlerine göre farklılık gösterip göstermediğiyle ilgilidir. Diğer bir deyişle, hizmet kalitesi boyutlarının değişik hastanelerde alınan yataklı tedavi hizmetlerinden duyulan memnuniyeti ne düzeyde etkiledikleri araştırılmıştır. Üç farklı hastane türüne ait çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 5.13’de özetlenmiştir.

Regresyon modelinin genel anlamlılığının sınındığı F değeri Devlet Hastaneleri örneğinde 6,297; Özel Hastaneler örneğinde 12,183 ve Üniversite Hastaneleri örneğinde 3,802 olarak hesaplanmıştır. F değerleri 6,297; 12,183; 3,802 ve p değerleri 0,000 olarak hesaplanan F istatistiği anlamlıdır.

Tablo 25

*Hastane Türlerine Göre Genel Memnuniyet Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi*

<b>Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet Düzeyi</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>p-değeri (<math>\beta</math>)</b>	<b>F-değeri</b>	<b>p-değeri (F)</b>
<b>Devlet Hastaneleri</b>			6,297	,000
Refakatçilere Sunulan Hizmetler	,107	,130		
Oda Hizmetleri	,102	,264		
Hemşirelik Hizmetleri	,167	,045		
Hekim Hizmetleri	-,021	,799		
Genel Görünüm ve Ulaşım Hizm.	,142	,080		
Yemek Hizmetleri	,184	,021		
Kayıt Öncesi Hizm.ve Bilgilendirme	,083	,263		
Hasta Hizmetleri	,027	,749		
<b>Özel Hastaneler</b>			12,183	,000
Refakatçilere Sunulan Hizmetler	,294	,001		
Oda Hizmetleri	,076	,345		
Hemşirelik Hizmetleri	,179	,023		
Hekim Hizmetleri	-,021	,796		
Genel Görünüm ve Ulaşım Hizm.	,441	,000		
Yemek Hizmetleri	-,062	,530		
Kayıt Öncesi Hizm. ve Bilgilendirme	,106	,176		
Hasta Hizmetleri	-,049	,579		



Tablo 25 (Devam)

<b>Üniversite Hastaneleri</b>	,109	,122	3,802	,000
Refakatçilere Sunulan Hizmetler	,140	,105		
Oda Hizmetleri	-,121	,251		
Hemşirelik Hizmetleri	,087	,326		
Hekim Hizmetleri	-,045	,679		
Genel Görünüm ve Ulaşım Hizm.	,113	,203		
Yemek Hizmetleri	-,077	,285		
Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme	,265	,013		
Hasta Hizmetleri				

Tablo 25 incelendiğinde, üç hastane türü dikkate alındığında algılanan hizmet kalite boyutlarıyla genel memnuniyet düzeyi arasında farklılık olduğu görülmektedir. Devlet hastaneleri ile ilgili regresyon analizi sonucuna göre; devlet hastanelerinden yataklı tedavi hizmet alan hastaların genel memnuniyet düzeylerini belirleyen en önemli faktörlerin *Hemşirelik Hizmetleri* ( $\beta=0,167$ ,  $p=0,045$ ) ve *Yemek Hizmetleri* ( $\beta=0,184$ ,  $p=0,021$ ) olduğu belirlenmiştir. Bu değişkenler ile hasta memnuniyeti arasında pozitif doğrusal bir ilişki vardır.

Devlet hastanelerinde sunulan hemşire hizmetleri ve yemek hizmetleri hastaların genel memnuniyetine etki eden iki faktör olarak çıkmıştır. Hemşirelerin, hasta ile etkileşimleri ve hastalara davranışları, hasta memnuniyetinde temel unsurlardandır. Hemşirelik hizmetlerinin, hastaların hastaneyle ilgili memnuniyet algılarında önem derecesinin yüksek olmasının bazı nedenleri vardır. Bu nedenler; hastaların, ihtiyaç duyulan anlarda hemşirelere ulaşabilmesi, hastaların tedavi süreçlerindeki, güler yüzlü olmaları, ilgili olmaları, iş konusunda bilgili ve becerikli olmaları, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmaları ve kişisel bakım ve temiz olma durumları gelmektedir. Özellikle doktorun olmadığı durumlarda en yetkili personel olması dolayısıyla hemşirelerin hizmetlerinin etkisi yüksektir. Devlet hastanelerinde sunulan yemek hizmetleri de genel hasta memnuniyetini pozitif yönde etkilemektedir. Hastalara sunulan yemeğin çeşidi, kalitesi, sıcaklığı ve sunan personelin nezaketi hastaların genel memnuniyetlerinde etkili olarak çıkmıştır. Özellikle “hastane yemeği gibi” algısının insanların beyninde oluşması, devlet hastanelerinde sunulan yemek hizmetlerinin müşteri memnuniyetine etkisini daha net ifade edilebilmektedir.

Özel hastaneler ile ilgili regresyon analizi sonucuna göre; özel hastanelerden yataklı tedavi hizmet alan hastaların genel memnuniyet düzeylerini belirleyen en önemli faktörlerin *Refakatçilere Sunulan Hizmetler* ( $\beta=0,294$ ,  $p=0,001$ ), *Hemşirelik Hizmetleri* ( $\beta=0,179$ ,  $p=0,023$ ) ve *Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri* ( $\beta=0,441$ ,  $p=0,000$ ) olduğu belirlenmiştir. Bu değişkenler ile hasta memnuniyeti arasında pozitif doğrusal bir ilişki vardır. Özel hastanelere gelen hastaların genel memnuniyetleri diğer hastane türlerine göre daha fazla nedenden etkilenmektedirler. Bunun neden ise, özel hastanelerde hizmet alan hastaların, ödedikleri parasal bedellerin ve alternatiflerinin diğer hastane türlerinden yüksek olmasıdır (Yağcı ve Duman, 2006: 232). Özel hastanelere gelen hastaların memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde hemşirelik hizmetlerinin önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle hemşire kadrosunda çalışan personelin hasta ile etkileşimleri ve hastalara yönelik davranışları hasta memnuniyetinde temel unsurlar arasında olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Hemşirelik hizmetlerinin, hastaların hastaneyle ilgili memnuniyet algılarında önem derecesinin yüksek olmasının bazı nedenleri vardır. Bu nedenler; hastaların, ihtiyaç duyulan anlarda hemşirelere ulaşabilmesi, hastaların tedavi süreçlerindeki, güler yüzlü olmaları, ilgili olmaları, iş konusunda bilgili ve becerikli olmaları, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmaları ve kişisel bakım ve temiz olma durumları gelmektedir. Özel hastanelerde tedavi gören hastaların, tedavileri boyunca yanlarında kalan refakatçilerine yönelik hastane personelinin tutumu ve hastane hizmetlerinin yeterli düzeyde olması da özel hastanelerde tedavi olan hastaların genel memnuniyetlerine etki eden faktörler arasında yer almaktadır. Refakatçilere yönelik sağlık personeli ve hastanenin diğer personellerinin nezaketli yaklaşımı, güler yüzü, refakatçilerin konakladığı yerin temiz ve konforlu oluşu, ziyaretçilere yönelik uygulamaların yeterli ve etkin düzeyde olması, refakatçilere yönelik kafeterya hizmetlerini yeterli olması gibi faktörler sadece refakatçiler için değil hastanede tedavi gören hastalar açısından da önemlidir. Kendileriyle birlikte kalan veya ziyaretlerine gelen kişilerin rahat edebilmeleri ve kendilerini güvende hissetmeleri, hastaların memnuniyetine olumlu etki sağlayacaktır. Son yıllarda Türkiye’de özel hastane sayılarındaki hızlı artışlar, özel hastanelerin kendi aralarındaki rekabetin şiddetlenmesine sebep olmaktadır. Hemen hemen her özel hastane yeni işletmecilik ve pazarlama yöntemlerini benimsemekte ve yeni sağlık eğilimlerini takip etmektedirler (Yağcı ve Duman, 2006: 232). Kendi kalite standartlarını küresel hasta standardına uygun olarak yükseltmede Toplam Kalite Yönetimi ve JCI (Joint Commisional International) kalite standartları tercih edilen

yöntemler arasında üst sıralardadır. Özellikle son yıllarda açılan özel hastanelerin beş yıldızlı otel konforundaki görünümüleri ve görselliği hastanede kullanılan araçların ileri teknolojik alt yapıda olması, hastaneye ulaşım imkânlarının fazla olması ve ulaşımın hastane içinde ve hastaneye gelirken kolay olması kriterleri özel hastaneler için memnuniyete etki eden faktörler arasında yerini korumaktadır. Devlet ve üniversite hastanelerine gelen hastaların, görünüm ve ulaşım ile ilgili olarak memnuniyetlerinde etki düzeyleri özel hastanelere göre daha düşüktür.

Üniversite hastaneleri ile ilgili regresyon analizi sonucuna göre; üniversite hastanesinde yataklı tedavi hizmet alan hastaların genel memnuniyet düzeylerini belirleyen en önemli ve tek faktörün *Hasta Hizmetleri* ( $\beta=0,265$ ,  $p=0,013$ ) olduğu belirlenmiştir. Yani üniversite hastanelerinde, hasta hizmetleri ile hasta memnuniyeti arasında pozitif doğrusal bir ilişki vardır. Hasta hizmetleri personelinin işleri konusunda bilgi ve tecrübeleri, kişisel bakım ve temizlikleri, hastalara karşı ilgili ve güler yüzlü olmaları ve hastanede tedavi gördükleri odalarla ilgili gereken tanıtımın (oda tanıtımı, alet ve cihaz kullanımı vb.) yapılması üniversite hastanelerinde tedavi gören hastalar için memnuniyet algılarını olumlu yönde etkilemektedir.

#### **5.2.4.2.2. Lojistik Regresyon Analizi ve Sonuçları**

Lojistik regresyon analizi, son dönemlerde özellikle sosyal bilimler alanında kullanımı yaygınlaşan bir yöntemdir. Neden sonuç ilişkilerinin ortaya konulması amacıyla yapılan çoğu sosyal araştırmada, incelenen değişkenlerden bazıları olumlu-olumsuz, başarılı-başarısız, var-yok, evet-hayır gibi iki düzeyli ya da çok düzeyli kategorik verilerden oluşmaktadır. Bu türde bağımlı değişkenin iki yada daha çok düzeyli kategorik verilerden oluşması durumunda; bağımlı değişkenler ile bağımsız değişken arasındaki neden-sonuç ilişkisinin incelenmesinde lojistik regresyon analizi önemli bir yere sahiptir (Büyüköztürk, 2007; Kalaycı, vd., 2008).

Lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken ikili (binary) olarak ifade edilmekte ve bağımsız değişken ya da değişkenler kategorik, ordinal ya da nümerik olabilmektedir. Bağımlı değişkenin kategori sayısı ikiden fazla olur ise bu durumda multinominal lojistik regresyon uygulaması tercih edilmektedir. Doğrusal regresyon analizinde bağımlı değişkenin normal dağılım göstermesi gerekmektedir. Aksi takdirde

analizde hata oranı çok yüksek çıkacaktır. Ancak lojistik regresyon analizlerinde bağımlı değişken için böyle bir kıstas söz konusu değildir. Bu nedenle lojistik regresyon analizi birçok türde veriye regresyon analizi yapmayı kolaylaştırır ve esneklik sağlar. Lojistik regresyon analizi, sınıflama ve atama işlemi yapmaya yardımcı olan bir regresyon yöntemidir. Normal dağılım varsayımı, süreklilik varsayımı ön koşulu yoktur. Bağımlı değişken üzerinde açıklayıcı değişkenlerin etkileri olasılık olarak elde edilerek, risk faktörlerinin olasılık olarak belirlenmesi sağlanır. Lojistik regresyon modeli genel olarak aşağıdaki gibi verilebilir

$$P(z_i) = \frac{1}{1 + e^{-\text{sabit} - b_1 X_{1i} - b_2 X_{2i}}}$$

Bu çalışmada müşteri bağlılığına etki eden hizmet kalitesi boyutlarının değerlendirilmesi ve hastane türlerine göre hangi boyutlarda farklılık olduğunun ortaya çıkarılması için geliştirilen **H<sub>3</sub>** hipotezini test etmede lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmada bağımlı değişken olan *bağlılık (sadağat)* değişkeni “evet-hayır” şeklinde iki sonucu olan (dikotom) değişken olduğunda kullanılmaktadır. Bağımsız değişkenler ise aralıklı ölçekte ölçülmüş sürekli değişkendir. Bağımlı değişken olan “*Müşteri Bağlılığı*” değişkeni hastaların ihtiyaç duyduklarında aynı hastaneyi tekrar tercih edip etmeyeceği iki seçenekli bir soruyla ölçülmeye çalışılmış, tekrar tercih ederim cevabı **0**, tercih etmem cevabı ise **1** olarak kodlanmıştır. Devlet hastaneleriyle ilgili sonuçlar, Tablo 26-27-28; özel hastanelerle ilgili sonuçlar, Tablo 29-30-31; üniversite hastanesiyle ilgili sonuçlar, Tablo 32-33-34’de yer almaktadır.

**H<sub>3</sub>**: *Hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığına etki etme düzeyleri hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.*

Tablo 26

*Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları (Devlet Hastanesi)*

GERÇEK	LOJİSTİK REGRESYON TAHMİNİ		
	0	1	Doğrulama Yüzdesi
Gözlenen			
Bağlılık 0	322	6	98,17
1	22	5	18,52
Genel Doğrulama Yüzdesi			92,11

- a. Model sabit terimlidir.  
b. 0: Tercih ederim 1: Tercih etmem  
c. n= 355

Tablo 26 incelendiğinde Lojistik Regresyon modelinde gözlemlerin doğru sınıflandırma/ doğru atanma oranının %92 olduğu görülmektedir.

Tablo 27

*Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi*

	Kİ-KARE DEĞERİ	SERBESTLİK DERECEİ	P-DEĞERİ
<b>Model</b>	16,672	8	,034

Tablo 27 Modelin anlamlılığına ilişkin regresyon katsayıları testine bakıldığında önem seviyesinin **0,000** olarak bulunduğu görülmektedir. Bu değer yanılma düzeyi olan 0,05 değerinden küçük olduğundan modelin anlamlı olduğu söylenebilir. Bu aşamadan sonra parametre ve düzeylerinin anlamlılığı incelenmektedir.

Tablo 28

*Lojistik Regresyon Sonuçları (Devlet Hastanesi)*

DEĞİŞKEN	TAHMİN DEĞERİ	STANDAR T HATA	WALD-TESTİ	P DEĞERİ	EXP(B) ODDS ORANI
Sabit Terim	4,498	2,579	3,041	0,081	89,816
Refakatçilere Sunulan Hizm.	0,379	0,201	41,650	0,059	1,460
Oda Hizmetleri	-0,259	0,484	0,286	0,593	0,772
Hemşirelik Hizmetleri	-0,687	0,493	1,937	0,164	0,503

Tablo 28 (Devam)

Hekim Hizmetleri	0,199	0,471	0,178	0,673	1,220
Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri	-0,886	0,532	2,777	0,096	0,412
Yemek Hizmetleri	-0,555	0,316	3,087	0,079	0,574
Kayıt Öncesi Hizmetleri ve Bilgilendirme	-0,101	0,169	0,357	0,550	0,904
Hasta Hizmetleri	0,228	0,438	0,271	0,603	1,256

Tablo 28'e göre, modele giren parametre ve düzeylerinin katsayı, hata, önem seviyesi ve Odd's oranları yukarıdaki tabloda verilmektedir. Bu sonuca göre; **devlet hastanelerinden** yataklı tedavi hizmeti alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarından hiçbirinin hastane bağlılıkları üzerinde etkisi bulunamamıştır. Tüm parametrelere ilişkin p-değerleri 0,05'den büyüktür.

Tablo 29

*Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları (Özel Hastane)*

GERÇEK		LOJİSTİK REGRESYON TAHMİNİ		
		0	1	Doğrulama Yüzdesi
Gözlenen	Bağlılık 0	278	75	78,8
	1	22	8	26,7
Genel Doğrulama Yüzdesi				74,7

- a. Model sabit terimlidir.  
b. 0: Tercih ederim 1: Tercih etmem  
c. n= 383

Tablo 29 incelendiğinde Lojistik Regresyon modelinde gözlemlerin doğru sınıflandırma/ doğru atanma oranının %75 olduğu görülmektedir.

Tablo 30

*Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi*

	<b>Kİ-KARE DEĞERİ</b>	<b>SERBESTLİK DERECE</b>	<b>P DEĞERİ</b>
<b>Model</b>	29,297	8	0,000

Tablo 30’da modelin anlamlılığına ilişkin regresyon katsayıları testine bakıldığında p değerinin **0,000** olarak bulunduğu görülmektedir. Bu değer yanılma düzeyi olan 0,05 değerinden küçük olduğundan modelin anlamlı olduğu söylenebilir. Bu aşamadan sonra parametre ve düzeylerinin anlamlılığı incelenmektedir.

Tablo 31

*Lojistik Regresyon Sonuçları (Özel Hastane)*

<b>DEĞİŞKEN</b>	<b>TAHMİN DEĞERİ</b>	<b>STANDAR T HATA</b>	<b>WALD-TESTİ</b>	<b>P DEĞERİ</b>	<b>EXP(B) ODDS ORANI</b>
Sabit Terim	6,630	2,490	7,087	0,008	757,178
Refakatçilere Sunulan Hizm.	-0,549	0,297	3,414	0,065	0,577
Oda Hizmetleri	0,122	0,524	0,054	0,816	1,130
Hemşirelik Hizmetleri	-0,060	0,401	0,023	0,881	0,942
Hekim Hizmetleri	-0,489	0,600	0,663	0,415	0,614
Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri	-0,344	0,316	1,185	0,276	0,709
Yemek Hizmetleri	-0,160	0,366	0,192	0,661	0,852
Kayıt Öncesi Hizmetleri ve Bilgilendirme	-0,341	0,416	0,674	0,412	0,711
Hasta Hizmetleri	-0,345	0,541	0,408	0,523	0,708

Tablo 31’de modele giren parametre ve düzeylerinin katsayı, hata, önem seviyesi ve odd’s oranları yukarıdaki tabloda verilmektedir. Bu sonuca göre; **özel hastanelerden** yataklı tedavi hizmeti alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarından hiçbirinin hastane bağlılıkları üzerinde etkisi çıkmamıştır. Tüm parametrelere ilişkin p-değerleri 0,05’den büyüktür.

Tablo 32

*Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları (Üniversite Hastanesi)*

GERÇEK	LOJİSTİK REGRESYON TAHMİNİ		
	0	1	Doğrulama Yüzdesi
Gözlenen			
Bağlılık 0	310	11	96,6
1	36	3	7,7
Genel Doğrulama Yüzdesi			86,9

- a. Model sabit terimlidir.  
b. 0: Tercih ederim 1: Tercih etmem  
c. n= 360

Tablo 32 incelendiğinde Lojistik Regresyon modelinde gözlemlerin doğru sınıflandırma/ doğru atanma oranının %87 olduğu görülmektedir.

Tablo 33

*Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi*

	Kİ-KARE DEĞERİ	SERBESTLİK DERECESESİ	ÖNEM SEVİYESİ
<b>Model</b>	20,081	8	0,010

Tablo 33'te modelin anlamlılığına ilişkin regresyon katsayıları testine bakıldığında p-değerinin **0,000** olarak bulunduğu görülmektedir. Bu değer yanılma düzeyi olan 0,05 değerinden küçük olduğundan modelin anlamlı olduğu söylenebilir. Bu aşamadan sonra parametre ve düzeylerinin anlamlılığı incelenmektedir.

Tablo 34

*Lojistik Regresyon Sonuçları (Üniversite Hastanesi)*

DEĞİŞKEN	TAHMİN DEĞERİ	STANDART HATA	WALD-TESTİ	P-DEĞERİ	EXP(B) ODDS ORANI
Sabit Terim	0,709	5,979	0,014	0,906	2,033
Refakatçilere Sunulan Hizmetler	-0,075	0,255	0,088	0,767	0,927
Oda Hizmetleri	0,836	1,287	0,422	0,516	2,307
Hemşirelik Hizmetleri	0,464	1,558	0,089	0,766	1,591
Hekim Hizmetleri	-0,738	1,059	0,486	0,486	0,478



Tablo 34 (Devam)

Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri	3,285	1,284	6,547	0,011	26,697
Yemek Hizmetleri	-0,356	0,783	0,207	0,649	0,700
Kayıt Öncesi Hizmetleri ve Bilgilendirme	0,611	0,818	0,557	0,455	1,842
Hasta Hizmetleri	-5,087	1,816	7,846	0,005	0,006

Tablo 34’de modele giren parametre ve düzeylerinin katsayı, hata, önem seviyesi ve odd’ s oranları yukarıdaki tabloda verilmektedir. Bu sonuca göre; **üniversite hastanelerinden** yataklı tedavi hizmeti alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarından sadece “*hasta hizmetleri*” ile “*genel görünüm ve ulaşım hizmetleri*”ndeki bir birimlik artış, kaliteli algılama şansını 26,7 kat arttırmaktadır. Bu iki parametreye ilişkin p değeri 0,05’den küçüktür. Diğer boyutların hiçbirinin hastane bağlılıkları üzerinde etkisi bulunamamıştır.

Tüm bu sonuçlar, genel olarak tüm hastane türlerinde hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığı üzerinde etkisinin olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığına etki etme düzeyleri hastane türlerine göre farklılık gösterdiği şeklinde öne sürülen **H<sub>3</sub> hipotezi** desteklenmemektedir.

Bu çalışmada müşteri memnuniyetinin müşteri bağlılığına etkisini (açıklama gücü) incelemek üzere geliştirilen **H<sub>4</sub> hipotezini** test etmede lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

**H<sub>4</sub>:** *Yataklı tedavi hizmeti alan hastalarda oluşan genel memnuniyet düzeyi, hastaneyi tekrar tercih etmelerinde etkilidir.*

Çalışmada bağımlı değişken olan *bağlılık (sadakat)* değişkeni “evet-hayır” şeklinde iki sonucu olan (dikotom) değişken olduğunda kullanılmaktadır. Bağımsız değişken olan *memnuniyet* ise aralıklı ölçekte ölçülmüş sürekli değişkendir. Bağımlı değişken olan “*Müşteri Bağlılığı*” değişkeni hastaların ihtiyaç duyduklarında aynı

hastaneyi tekrar tercih edip etmeyeceği iki seçenekli bir soruyla ölçülmeye çalışılmış, tekrar tercih ederim cevabı **0**, tercih etmem cevabı ise **1** olarak kodlanmıştır.

Değerlerin normal dağılacığı varsayılmayacağından, çözümlemede çoklu doğrusal regresyon yerine lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Hastaların ihtiyaç duyduklarında aynı hastaneyi tercih etmeleri üzerinde müşteri memnuniyetinin etkili olabileceğinden hareketle, elde edilen lojistik regresyon denklemi ile bu denklemi oluşturan notasyonlar aşağıdaki gibidir:

$$P(z_i) = \frac{1}{1 + e^{-\text{sabit} - b_1 X_{1i}}}$$

$p(z_i)$  : i-inci bireyin tercih etme olasılığı

$X_1$ : Müşteri memnuniyeti

$b_1$ : Lojistik regresyon parametresi

Tablo 35

*Açıklanan Değişkenin Sınıflandırılması Sonuçları*

GERÇEK	LOJİSTİK REGRESYON TAHMİNİ		
	0	1	Doğrulama Yüzdesi
Gözlenen			
Bağlılık 0	502	2	99,6
1	42	6	12,5
Genel Doğrulama Yüzdesi			92,0

a. Model sabit terimidir.

b.0: Tercih ederim 1: Tercih etmem

Tablo 35 incelendiğinde Lojistik Regresyon modelinde gözlemlerin doğru sınıflandırma/ doğru atanma oranının %92 olduğu görülmektedir. Başka bir ifadeyle, model 552 deneğin %92'sini doğru tahmin etmiştir. Bunun anlamı, modelin kategori sınıflandırmasını doğru yapabilme gücü %92'dir.

Tablo 36

*Regresyon Katsayılarının Anlamlılık Testi*

	<b>Kİ-KARE DEĞERİ</b>	<b>SERBESTLİK DERECESESİ</b>	<b>P DEĞERİ</b>
<b>Model</b>	59,406	1	,000

Tablo 36’da modelin anlamlılığına ilişkin regresyon katsayıları testine bakıldığında p değerinin **0,000** olarak bulunduğu görülmektedir. Bu değer yanılma düzeyi olan 0,05 değerinden küçük olduğundan modelin anlamlı olduğu söylenebilir. Bu aşamadan sonra parametre ve düzeylerinin anlamlılığı incelenmektedir.

Tablo 37

*Lojistik Regresyon Sonuçları*

<b>DEĞİŞKEN</b>	<b>TAHMİN DEĞERİ</b>	<b>STANDART HATA</b>	<b>WALD-TESTİ</b>	<b>P DEĞERİ</b>	<b>EXP(B) ODDS ORANI</b>
Sabit Terim	2,623	0,756	12,041	0,001	13,773
<b>X<sub>1</sub>:Memnuniyet</b>	-1,337	0,207	41,650	0,000	0,263

Tablo 37’de görüldüğü gibi X<sub>1</sub> değişkeni bağımlı değişkeni açıklamada istatistiksel olarak % 5 p değerinde anlamlı ve yeterli bulunmuştur. Yani memnun olmama şansını 3,8 kat arttırmaktadır (1/0,263) Bu sonuç, hastaneye yönelik memnuniyet düzeyinin hastaların aynı hastaneyi tekrar tercih etme üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu da hastalara sunulan hastane hizmetlerinden duyulan memnuniyetin sadakati etkilediği sonucunu doğurmaktadır.

Bu durumda tahmin edilen olasılık denklemi aşağıdaki gibidir:

$$P(z_i) = 1 / (1 + e^{-2,623 + 1,337 X_1})$$

Yataklı tedavi hizmeti alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarından neredeyse hiçbirinin hastane türü farkı gözetmeksizin hastane bağlılıkları üzerinde etkisi bulunamamıştır. Bu bulgu değerlendirildiğinde, algılanan hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığı üzerindeki etkisinin müşteri memnuniyeti üzerinden geçtiği, yani bir aracılık etkisi (mediating effect) yaptığı şeklinde yorumlanabilir. Algılanan hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığı üzerinde doğrudan değil, dolaylı etkisi bulunduğu

söylenbilir. Müşteri memnuniyetinin bağlılık üzerinde etkili olduğu yönünde bulunan sonuç bu değerlendirmeyi destekler niteliktedir.

Genel olarak tüm hipotezler değerlendirildiğinde bu araştırmada kullanılan veriler çerçevesinde  $H_1$ ,  $H_2$  ve  $H_4$  hipotezleri desteklenirken,  $H_3$  hipotezi desteklenmemiştir.

## BÖLÜM VI

Bu bölümde öncelikle tez çalışmasının sonuçları, çalışmanın amacı çerçevesinde değerlendirilip ortaya konulmuştur. Yine bu bölümde sağlık sektörünün gelişen yapısını dikkate alarak yapılabilecek çalışmalara ve sağlık kuruluşlarına uygulamalarında yardımcı olacak önerilere yer verilmiştir.

### 6.1 Sonuçlar

Bu çalışmanın asıl amacı, mülkiyetlerine göre sağlık hizmeti sağlayıcısı olan kurumlardan (devlet, özel ve üniversite) yatarak tedavi hizmeti almayı tercih eden hastaların, kalite algılarında rol oynayan faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmaktır. Bu amaca bağlı olarak hasta memnuniyetinin hangi kalite boyutlarından etkilendiğini belirlemek ve hastane türlerine göre bu faktörlerin ne düzeyde etkili olduklarını ortaya koymak belirlenen diğer alt amaçlardandır. Ayrıca çalışmada belirlenen kalite hizmet boyutlarının hasta memnuniyetine etki düzeyi ve bu düzeyin hasta bağlılığına etkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın literatür bölümü iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık hizmetleri ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yapısal sürecine değinilmiştir. İkinci bölümde ise sağlık hizmetleri ve kalite yaklaşımları, müşteri ve hasta tatminine etki eden unsurlar, hasta sadakati ve memnuniyetle ilişkisi geniş bir literatür taramasına dayalı olarak sunulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan değişiklikler ve gelişmelerden sonra yapılan çalışmalardan biri olması dolayısıyla bu çalışma, yeni programın, toplum tarafından hangi kalite düzeyinde algılandığını ortaya koymada yardımcı olacaktır.

Türkiye ve Amerika'da faaliyet gösteren birçok hastane yöneticisiyle yapılan görüşmeler neticesinde ve geniş kapsamlı bir literatür incelemesi sonrasında oluşturulan çalışma, Adana'da sağlık hizmeti sunan üç hastane türünden (2 devlet, 2 özel ve bir üniversite) alınan örnekleme gerçekleştirilmiştir. Örneklemin % 35'i devlet hastanelerinden, % 30,6'sı özel hastanelerden ve % 34,2'si üniversite hastanelerinden toplanmıştır. Çalışmaya hastanelerde en az bir gece kalan hastalar denek olarak seçilmiştir. Deneklerin, temel demografik özellikleri değerlendirildiğinde, her hastane türü için

çoğunluğunun kadınlar, ev hanımları, hane gelirleri “700-1501 TL” arasında olanlar, 1945-1964 yılları arası doğanlar ve Adana’da ikamet edenlerden oluştuğu ortaya çıkmıştır. Yine çalışmaya katılanların % 71’i Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’na bağlı bir sağlık güvencesine sahiptir. Hastanede kalış süresince edindikleri deneyimlerle ilgili olan sorulara vermiş oldukları cevaplar ise şöyle özetlenebilir: Hastanede yatış işlemi için bekledikleri süre her üç hastane türü içinde ağırlıklı olarak “0-60 dakika” arasında çıkmıştır. Hastaların yatarak tedavi görebilmeleri için bekledikleri süre zarfının düşük olması, hastalar açısından memnuniyete etki eden bir faktördür. Devlet hastanelerindeki hastaların kaldıkları odalarda 6 ve daha fazla hastanın tedavi gördüğü ortaya çıkmıştır. Özel hastanelerde tek kişilik odalar ağırlıklı iken üniversite hastanelerinde odada 3 ila 5 hastanın tedavi gördüğü sonucu ortaya çıkmıştır. Elleriindeki kaynak kısıtı nedeniyle ve ücretlerindeki farklılıklar nedeniyle devlet hastanelerinin daha yoğun olması doğal bir sonuçtur. Ancak artık tüm hastanelerin birçok branşta yapmış oldukları çeşitli anlaşmalarla belirli bir orana göre daha uygun fiyatla tedavi sunmaktadırlar. Dolayısıyla özel hastaneler artık devlet hastanelerinin hastalarına da etkin sağlık hizmeti sunarak bir alternatif olabilme ihtimallerini arttırmışlardır.

Çalışmanın yapıldığı zaman aralığında ağırlıklı olarak hastanelerin cerrahi, kardiyoloji ve ortopedi bölümlerinde tedavi gören hastalara ulaşılmıştır. Hastaların, hastaneyi tercih nedenlerine bakıldığında devlet ve özel hastaneler açısından öncelikli neden olarak, uzman olarak bilinen bir doktorun orada çalışıyor olması, üniversite hastaneleri açısından ise, tanıdık tavsiyesi yer almaktadır. Hastanelerde tedavi gören hastaların % 70’i hasta hakları konusunda bilgilendirildiklerini belirtirken, hastaların ortalama olarak % 80’i hastanelerdeki sağlık personellerinin büyük çoğunluğunun hasta gizliliği hakkında duyarlı olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların, hizmet aldıkları hastane genel olarak değerlendirmelerine bakıldığında, hastanede çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli sayısının yeterli düzeyde olduğu görüşüne sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca, hastanede kullanılan tedavi araçlarının güvenilirlik düzeyleri sıralamasında üniversite hastaneleri (%83,6) ilk sırada yer alırken, özel hastaneler ikinci (%76,9) ve devlet hastaneleri (%71,5) üçüncü sıradadırlar. Hastalara, tedavi gördükleri hastanenin ilk seferde doğru tedavi yapmadaki düzeyi sorulmuş, devlet hastaneleri % 92,7; üniversite hastanesi % 80,3; özel hastaneler ise % 76,4 ile sıralanmıştır. Bu sonuçlar beşli derecelendirme ölçeğinde yer alan çok iyi ve iyi ölçeklerinin karşılığına tekabül eden değerlerden oluşmaktadır. Araştırmada algılanan sağlık hizmeti boyutlarını ortaya çıkarmaya yönelik faktör analizi yapılmış ve veriler sınıflandırılmıştır. Bu analiz sonucunda, sekiz alt faktörle

hizmet kalitesinin ölçülebileceği sonucuna varılmıştır. Bu faktörler önceki çalışmalarla benzerlikler göstermiş olup, toplam varyansın % 78,93'ünü açıklayan faktör adlandırılmaları şu şekilde oluşturulmuştur:

- Faktör 1: Refakatçilere Sunulan Hizmetler,
- Faktör 2: Oda Hizmetleri,
- Faktör 3:Hemşirelik Hizmetleri,
- Faktör 4: Hekim Hizmetleri,
- Faktör 5: Genel Görünüm ve Ulaşım Hizmetleri,
- Faktör 6: Yemek Hizmetleri,
- Faktör 7: Kayıt Öncesi Hizmetler ve Bilgilendirme,
- Faktör 8: Hasta Hizmetleri.

Hastane türlerine göre her bir faktörün algılanan hizmet kalitesiyle ilişkisi incelenmiş ve yapılan testlerle hastane türlerinin değerleri arası farklılıklarının belirgin olduğu belirlenmiştir. Buna göre, incelenen tüm bağımlı değişkenlerin çoğunda devlet-özel, devlet- üniversite ve özel-üniversite hastaneleri arasında belirgin farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Farklılık çıkmayan özellikler devlet ve üniversite hastaneleri karşılaştırıldığında hasta hizmetleri, oda hizmetleri ve yemek hizmetleri iken, devlet ve özel hastaneler karşılaştırmasında ise yemek ve hemşirelik hizmetleri olarak çıkmıştır. Özel ve üniversite hastaneleri kıyaslandığında farklılık göstermeyen hizmetler ise hastanelerin genel görünüm ve ulaşım hizmetleri ile yemek hizmetleri benzer olarak çıkmıştır.

Belirlenen hizmet kalitesi boyutlarının hastane türlerine göre, hasta memnuniyetine etki düzeyleri regresyon analizleriyle değerlendirilmiştir. Bu analizin sonuçlarına göre, devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinde yatarak tedavi gören hastaların genel memnuniyetlerine etki eden en önemli iki faktör hemşirelik ve yemek hizmetleri olarak çıkmıştır. Hemşirelerin hastalarla iletişimi onlara karşı anlayışlı, sabırlı ve yardımcı olmaları devlet hastanesinde tedavi gören hastaların memnuniyetine katkı sağlamaktadır. Hastalara sunulan yemeğin çeşidi, kalitesi, sıcaklığı da müşteri memnuniyetine pozitif bir etki sağlamaktadır. Özel hastanelerle ilgili olarak yapılan regresyon analizine göre, hasta memnuniyetine etki eden üç öncelikli faktör; “refakatçilere sunulan hizmetler”, “hemşirelik hizmetleri” ve “genel görünüm ve ulaşım hizmetleri” olarak çıkmıştır. Özel hastanelerden sağlık hizmeti alan

hastalar, bu hizmet karşılığı bir bedel ödemeleri dolayısıyla hastaneyi birçok faktörü dikkate alarak incelemekte ve memnuniyet düzeyleri bu faktörlerde etkilenmektedir. Üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyetlerine etki eden en önemli faktör hasta hizmetleri olarak çıkmıştır. Hasta hizmetlerinde görevli kişilerin onlara yönelik tutumları, yardımcı olmaları onların üniversite hastanelerinden memnuniyetlerini arttırmaktadır.

Araştırmada incelenen bir diğer ilişki algılanan hizmet kalitesi boyutlarının hastane türlerine göre müşteri bağlılığına etkisinde farklılık olup olmama durumuyla ilgiliydi. Yapılan lojistik regresyon analizinin sonucuna göre hiçbir hastane türünde bağlılık ile algılanan hizmet kalitesi boyutları arasında bir ilişki çıkmamıştır. Öte yandan, yine yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda müşteri memnuniyeti ve müşteri bağlılığı arasında bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlardan hareketle denilebilir ki, yataklı tedavi hizmeti alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarından neredeyse hiçbirinin hastane türü farkı gözetmeksizin hastane bağlılıkları üzerinde etkisi bulunamamıştır. Bu bulgu değerlendirildiğinde, algılanan hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığı üzerindeki etkisinin müşteri memnuniyeti üzerinden geçtiği, yani bir aracılık etkisi yaptığı şeklinde yorumlanabilir. Algılanan hizmet kalitesi boyutlarının müşteri bağlılığı üzerinde doğrudan değil, dolaylı etkisi bulunduğu söylenebilir. Müşteri memnuniyetinin bağlılık üzerinde etkili olduğu yönünde bulunan sonuç, bu değerlendirmeyi destekler niteliktedir.

Çalışmada, araştırma modelinde tanımlanan ilişkiler ve bir bütün olarak model test edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, birinci ikinci ve dördüncü hipotezler desteklenmekte, üçüncü hipotez ise desteklenmemektedir.

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde araştırma amaçlarının gerçekleştiği görülmekte olup, araştırma sorularına büyük ölçüde tatmin edici cevapların bulunduğu düşünülmektedir. Ancak sosyal bilimlerde ve özellikle de davranış bilimlerindeki hemen hemen her çalışmada olduğu gibi bu sonuçlar yeni araştırma sorularını da ortaya çıkartmıştır. Özetle bu çalışmada öne sürülen araştırma modeli ve ilişkilerin daha geniş bir kapsamda yapılarak test edilmesi önerilmektedir. Özellikle, tüm Türkiye'yi kapsayacak ve genelleyebilecek şekilde çalışmaların yapılması özellikle sağlık hizmetlerinin yapılanması süreci içinde olunması dolayısıyla



yarar sağlayacaktır. Ayrıca, farklı bölge ve şehirlerde sağlık hizmeti sunan hastaneleri de kapsayacak şekilde bu türden çalışmaların tekrarlanması, farklı bölgelerdeki farklı hastanelerin karşılaştırılmasına imkân sağlayacaktır.

## 6.2. Gelecekteki Çalışmalara Yönelik Öneriler

Sağlıkta Reform Programındaki yeni yapılanmalar sayesinde Türkiye'deki hastanelerin yapılarında da köklü değişiklikler olmakla birlikte artık kamu hastaneleri de rekabet piyasası içerisinde yer almaktadır. Her yıl artan özel hastane sayısı bu sektörün Türkiye'deki lokomotif sektörlerden biri olduğunun bir kanıtıdır. Hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesi hizmet sunan kurumun performansı olarak değerlendirilmekte olup, hastane tercihlerinde yer almasına neden olmaktadır. Hemen hemen her hastane artık güncel işletmecilik ve pazarlama yöntemlerini benimsemekte ve yeni sağlık eğilimlerini takip etmek durumundadır. Hastaneler sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesiyle hastaların zihinlerinde konumlanmaktadır.

Algılan sağlık hizmeti kalite boyutlarına yönelik olarak Türkiye genelindeki tüm hastanelerden hizmet alan hastaların tutum ve düşünceleri incelenebilir. Böylelikle tüm hastane türleri açısından müşteri tatminini tam ve tüm olarak ölçülebilecek bir model ve ölçek geliştirilmesi sağlanabilir.

Bu çalışmanın dayanak oluşturabileceği bir diğer alan sağlık turizmidir. Sunulan hizmet kalitesinin artırılması sadece mevcut kişilerin değil, potansiyel müşterilerin de tercihinde etkilidir. Küresel dünya düzeninde artık herkes dünya vatandaşı olarak sayılmakta ve bir diğer ülke için potansiyel müşteri olabilmektedir. Ücretlerinin diğer ülkelere kıyasla daha uygun olması, gelişmekte olan ülkelerin sağlık turizmiyle öne çıkmasını sağlamıştır. Dünyada sağlık turizmi merkezlerinden biri olan Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sadece Türkiye'de sağlık problemi yaşayanlar için değil tüm dünya geneli için yararlı olacaktır (Orel ve Yaşa, 2011). Özellikle özel hastaneler, almış oldukları JCI (Joint Commisional International) sağlık hizmetleri kalite standart belgeleriyle farklılaşmaya çalışmakta ve bu medikal turist potansiyelini yakalayabilmek için standartlarını her geçen gün yükseltmektedirler. Bu medikal turistler, sadece yabancı uyruklu olanlar değil, aynı zamanda yurt dışında çalışan Türk vatandaşlarını da içine almaktadır. Çalışmada bir hasta Berlin'de

oturmasına rağmen daha önceki deneyimlerini göz önüne alarak, bu çalışma kapsamındaki bir üniversite hastanesinde tedavi gördüğünü belirtmiştir. Bu bağlamda gelecekte yapılacak çalışmalar arasında algılanan sağlık hizmetlerinde tatmini arttıracak önlemler ve yöntemlerin olduğu çalışmalar bu sektöre ve alana faydalı olacaktır.

### **6.3. Sağlık Kurumlarına Öneriler**

Ülkelerin kalkınmışlık düzeylerinin en önde gelen göstergelerinden biri toplumdaki bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin belli bir standartta yer alması ve bu alanda kullanılan kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasıdır. Türkiye’de özellikle 2002 yılı itibariyle, hükümet politikalarında en ön sıraya geçen sektörlerden olan sağlık sektöründe, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin belli standartta ve üzerinde tutulmasının gerekliliği açıktır. Sağlık sektöründe meydana gelen hızlı değişim ve gelişmeler, kullanılan teknoloji ve tedavi yöntemlerinin de değişmesine sebep olmaktadır. Dolayısıyla sağlık giderleri artmakta ve bu artış sağlık hizmetleri sunan kurumlararası rekabeti gün yüzüne çıkarmaktadır. Artan rekabet koşulları ve maliyetler optimum düzeyde iken sunulan hizmetin kalitesinin de optimum olması beklenir. Sağlık hizmeti sunan kurumların sayılarının giderek arttığı, sunduğu hizmetlerin çeşit ve sunum şekillerinin sürekli geliştiği çevre hastane yapılanmalarında görülmektedir. Her geçen gün hızla değişen teknolojik gelişmelerin yanı sıra politik ve ekonomik çevredeki değişimler de hastanelerin faaliyetlerini sürdürebilmeleri için yeni stratejiler uygulamalarını zorunlu kılmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların büyük çoğunluğunun yataklı tedavi kurumlarına ayrılması, ödemeler açısından sosyal güvenlik kurumlarını sıkıntıya sokmakta ve kamu giderleri içerisinde sosyal güvenlik açıklarının giderek büyümesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak yeni yapılanmada, kamu hastanelerinin de özel hastanelere benzer bir yapıya dönüştürülerek, kendi gelirleri ile giderlerini karşılaması için çalışmalar yapılmaktadır. Kamu ve özel hastanelerin benzer koşullar içerisinde hizmet vermeleri yoğun bir rekabet ortamı oluşmasına neden olmaktadır.

Günümüzde hasta tatmininin ölçümü yalnızca hastalara sunulan hizmetten memnuniyetlerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak değil, aynı zamanda sağlık kuruluşunun performansını değerlendirmeye yönelik te uygulanmaktadır. Hastaneler ve sağlık kuruluşları, varlıklarını sürdürebilmek ve artan rekabet koşullarında, ayakta durabilmek için hizmet farklılaştırmasına gitmek durumundadırlar. Sağlık sektörü başta

olmak üzere hizmet sektöründe, hizmet kalitesi rakiplere göre farklılaşmada bir anahtar görevi görmektedir.

Türkiye’de mülkiyet durumlarına göre hastaneler devlet, özel ve üniversite hastaneleri olarak üç grupta değerlendirilmektedir. Bir rekabet düzeni içerisinde hepsi mevcut müşterilerini tatmin etmek ve sadık müşteri haline getirmek için çaba sarf ederken aynı zamanda potansiyel müşterilerini kendi kurumlarına çekmeye ve bağlamaya yönelik stratejiler geliştirmektedirler. Hastalar, tedavi gördükleri sağlık kurumlarının ayaklı reklam panoları olarak toplum içinde yaşarlar. Bu reklam bireyin memnuniyet düzeyine göre olumlu, olumsuz ve nötr olabilmektedir. Hastanelerin, tüketicilerin zihninde olumlu bir düşünce ve farklılık yaratarak rekabet üstünlüğü sağlamaları gerekmektedir. Bu farklılık ancak sunmuş oldukları hizmetlerden müşterilerin memnun kalmasıyla alakalıdır. Aksi takdirde alternatiflerden birini seçen hasta (müşteri), başka bir sağlık kuruluşuna tedavi için gidebilir. Memnun müşteri tekrar bir rahatsızlığı olduğunda, aynı hastaneyi tekrar tercih edebilir, ya da hastaneyi yakınlarına ve çevresine tercih ettirebilir. Yani mevcut hasta, hem gelecekteki potansiyel müşterilere ulaşma kanalı görevi görür hem de kendi tedavi gördüğü hastane hizmetlerinden memnun ise bu hastaneyi tekrar tercih edebilir.

Bu bağlamda, hastane yöneticilerine hizmet kalitesi sunum planlarını hazırlarken tüketicilerin algılama düzeylerini dikkate almaları ve bu algıyı geliştirici çalışmalar yapmaları önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abramowitz,S.,Cote, AA, Berry, E. (1987). Analyzing Patient Satisfaction: A Multianalytic Approach *Quality Review Bulletin*, 13 (4), 122-130.
- Akdoğan, C.,(2011). Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: SERVUAL ve SERVPERF Kalite Modellerinin Karşılaştırmasına Yönelik Bir Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim dalı, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Sivas.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, İkinci Baskı, *ATAUM Araştırma Dizisi* No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur,R.; (2005). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, *Halk Sağlığı, Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar*,Ankara 1999 (2005'te revize edilmiştir).
- Akdur,R. (2000). Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı (Tartışılması Gereken Sorular), *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği*, 8(1):38-45 Ankara 2000.
- Akdur, R. (1998). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler, *Halk Sağlığı, Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar*, Ankara s.5-14.
- Aziz, A.,(1994). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
- Akgün, H.S.; Erdal, R. (1997). Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Ankara, 17-18Ekim, s.219-225.
- Akıncı S., Atılgan, İ., Aksoy,E.Ş., Büyükküpcü, A., (2009). Pazarlama Literatüründe Hizmet kalitesi Kavramının Dünyü ve Bugünü, Hacettepe Üniversitesi, *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 27, sayı 2, ss 61-82.
- Aksoy,A., (2006). Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme: Muğla Devlet Hastaneleri Çalışanları Örneği, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.
- Alpar, R. (2003). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlere Giriş I, Nobel, Ankara.

- Alpugan, O., (1981). Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlemesi, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Altunışık R. , Coşkun,R., yıldırım, E., Bayraktaroğlu,S. (2002). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Anderson, R.N., Sullivan, M.W., (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction For Firms, *Marketing Science*, 12,2, spring: 125-143.
- Angelopoulou, P., Kangis, P., Babis, G., (1998). Private and Public Medicine: A Comparison of Quality Perceptions, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol,11, No.1, 14-20.
- Arora, Raj; Staner, Charles,(1996). The Effect Of Perceived Service Quality And Name Familiarity On The Service Selection Decision, *The Journal Of Service Marketing*. Vol.10. No.1. 1996, ss.22-34, MCB University Press, 0887-6045.
- Aslan,Ş.,M., Sezgin,M., Hacıoğlu, S.B.,(2008). Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri Memnuniyeti Ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması, *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE) Bahar 2008 Sayı 20*.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R., (2005). Sağlık hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, II. *Ulusal/Uluslararası Hemşirelik Kongresi*, 25-27 Mayıs 2005, İstanbul.
- Avcı, U., Sayılır, A.,(2006). Hizmet Kalitesi Çerçevesinde Çalışanların Rolüne ve Yeterliliklerine İlişkin karşılaştırmalı Bir İnceleme, *G.Ü., Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:1, 23-48.
- Aydın,E., (1995). Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı, *Ankara Tıp Mecmuası, The Journal. of the Faculty of Medicine*, Vol. 48 : 43-20.
- Babakus, E.,Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.
- Babakus, E. ve G.W. Boller (1992). An Emprical Assessment of the SERVQUAL Scale, *Journal of Business Research*, 24 (may): 253-268.
- Badrinarayanan, V., Madhavaram, S. (2008). Exploring Marketing Students’ Perceptions of Pedagogical Innovations Using the Critical Incident Technique (CIT) Approach, *Journal of Advancement of Marketing Education- Volume 12*, Summer 2008, pp. 32-42.

- Baggs, S.C., Kleiner, B., (1996). How to Measure Customer Service Effectively, *Managing Service Quality*, Vol.6. No.1 s.36-39.
- Bakır, Y., (2006). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti. Mustafa Kemal Üniversitesi, İşletme Ana bilim dalı, *Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi*.
- Bal, R., Aytekin, T., Özveri, H., Akdaş, A. (2002). Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi. Beşinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, ed. Göktürk, E., Şahin, A., Odacıoğlu, Y., *Osmangazi Üniversitesi*, 16-19 Ekim, Eskişehir.
- Beech BM., (1995). Patient Satisfaction and Nursing Staff Work Satisfaction In An Urban Public Teaching Hospital. *Unpublished Doctoral Dissertation*, University of Texas Health Sciences Center, USA.
- Berkowitz,E. N.,(1996). Essential of Health Care Marketing,Aspen Publihers, Maryland.
- Berman,P., Tatar, M.,(2004). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Cilt I, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı *Hıfzıssıhha Mektebi*,Ankara.
- Berry, L.L, V.A. Zeithaml, A. Parasuraman (1990), Five Imperatives for Improving Service Quality, *Sloan Management Review*, 31(Summer), 4, 29-38.
- Berry, L.L., V.A. Zeithaml, A. Parasuraman, (1985). Quality Counts in Services, Too, *Business Horizons*, May-June 1985, pp. 44-52.
- Bessom , R.,M., Jackson, D.W., (1975). Service retailing: A strategic Marketing Approach, *Journal of retailing* 8. Summer.
- Bircan,H., Baycan, S., (2004). Sağlık Sektöründe Verimlik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği, *Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, Aralık Cilt 28, no.2. 173-185.
- Bitner, M.J, (1990). Evaluating Service Encounters' Effects of Physical Surroundings and Employee Responses, *Journal of Marketing*, 54 (April), 69-82.
- Bitner, M.J, Booms, Tetreatult, (1990). Evaluating Service Encounters' Effects of Physical Surroundings and Employee Responses, *Journal of Marketing*, 54 (April), 69-82.

- Bloemer, J., de Ruyter, K. (1999). Customer Loyalty In High And Low Involvement Settings: The Moderating Impact Of Positive Emotions. *Journal of Marketing Management*, 15, 315–330.
- Bopp, K. D. (1990). How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters: A Marketing Perspective. *Journal of Health Care Marketing* 10, no. 1 (March 1990): 6-15.
- Boshoff, C., Gray, B., (2004). The Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction and Buying Intentions in the Private Hospital Industry, *South African, Business Management*, 2004, 35 (4), 27-38.
- Bostan, S. (2006). Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu, Sağlık Hakkı Dergisi, cilt 1 Sayı 1.
- Boulding W, Kalra A, Staelin R, Zeithaml V. A (1993). Dynamic Process Model Of Service Quality: From Expectations To Behavioral Intentions. *J Marketing*, 30:7– 27 (February),
- Bowers, M., Swan, J., Kohler, W., (1994). What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery? *Health Care Management Review*, 19. No.4, 49-55.
- Boyer, L., Francois, P., Doutre, E., Weil, G., Labarare, J. (2006). Perception and Use of the Results of Satisfaction Surveys by Care Providers in a French Teaching Hospital, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.18, No.5, s.359-364.
- Brady, M. K., Cronin, J. J., Brand, R. R (2002). Performance-Only Measurement of Service Quality: A Replication and Extension, *Journal of Business Research*, 55 (1), pp. 17-31.
- Brannan, K.M. (1998). Total Quality in Health Care, *Hospital Material Management Quarterly*, 19 (4), 1-8
- Brashier, L.W., Sower, V.E., Motwani J., Savoine, M., (1996). Implementation of TQM/CQI in Health Care Industry: A Comprehensive Model, *Benchmarking for Quality Management and Technology*, 3 (2), 31-50.
- Brown, S.W. , Swartz, T.A. (1989). A gap analysis of professional service quality, *Journal of Marketing*, 53, pp. 92-98.
- Bülbül, H., Demirer, Ö. (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri SERVQUAL ve SERPERF'in Karşılaştırmalı Analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20): 181-198

- Calnan, M., Williams, S.J., (1995). Challenges to Professional Autonomy in the United Kingdom: The Perceptions of General Practitioners, *International Journal of Health Service*, 25 (2), 219,241.
- Calnan, M. (1988). Lay evaluation of medicine and medical practice: report of a pilot study. *Int J Health Serv* 18(2):311-22.
- Carr, N.G. (1999). Marketing. The Economic of Customer Satisfaction”, *Harvard Business review*, 77 (2),15-18.
- Caruna, A., Money, A.H., Berthon, P.R., (2000). Service Quality and Satisfaction- The Moderating Role of Value , *European Journal of Marketing* 34, 11/12, s.1338-1350.
- Ceyhan, A., (2007). Sağlık Kurumlarında İmaj Yönetimi Açısından Web Sayfası Tasarımlarının Kategorik Analizi Ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Uygulaması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yönetim Ve Organizasyon Bilim Dalı, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Konya
- Chahal, H., (2008). Predicting Patient Loyalty and Service Quality Relationship: A Case Study of Civil Hospital, Ahmadabad, India, *VISION- The Journal of Business Perspective* , Vol. 12, No.4, Oct-Dec,2008. 45-55.
- Chakraborty,R., Majumdar, A., (2011). Measuring Consumer Satisfaction in Health Care Sector: the applicability of SERVQUAL, *Journal of Arts,Science & Commerce*, Vol.,2,issue 4 oct., 149-162.
- Chakrapani, C., (1998). How to Measure Service Quality & Customer Satisfaction, Chicago IL., *American Marketing Associations*.
- Chang,W.K.,Wei, C.C., HuangN.T., (2006). An Approach To Maximize Hospital Service Quality Under Budget Constraints, *TQM*, vol,17, no.6, 757-774, July,2006.
- Chaska, N. L. (1980). Use of medical services and satisfaction with ambulatory care." *Public Health Rep* 95:44.
- Choi, K.S., Lee, H., KIM, Chankon, L., S.(2005). The Service Quality Dimensions And Patient Satisfaction Relationships İn South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types Of Service, *The Journal of Services Marketing*, 19(3), 2005, s.901-930..



- Chowdhury, M.U., (2008). Customer Expectations and Management Perceptions in Healthcare Services of Bangladesh: An overview, *Journal of Services Research*, Volume 8, no.2, s.121-140.
- Cheng, S., H., Wei, Y.J., Chang, H.J., (2006). Quality Competition Among Hospitals: The Effects of Perceived Quality on Health Care Consumers, *American Journal of Medical Quality*, 21:68, ss67-75.
- Clemes, M. D., Ozanne, L., K., Laurensen, W., R., (2001). Patients' Perceptions of Service Quality Dimensions: An Empirical Examination of Health Care in New Zealand, *Health Marketing Quarterly*, Vol.19 (1) , ss.1-22.
- Coddington, F., Moore, K., (1987). Quality of Care As a Business Strategy: How Customers Define Quality and How to Market It., *healthcare Forum*, 30, no.2 29-32.
- Coşkun, A., (2009). Sağlık İşletmelerinde Performans Esaslı Yönetim", Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi, *Seçkin Yayıncılık*, Ankara.
- Cowel, D. W., (1988). The Marketing of Services, *Heineman Professional Publications*, Mekshan.
- Cronin, J.J., M.K. Brady, R.R Brand, R. Hightower, and D.J. Shemwell (1997). A Cross-Sectional Test of the Effect of Conceptualization of Service Value., *Journal of Services Marketing*, 11 (6), pp. 375–391.
- Cronin JJ, Taylor SA.(1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance- Based And Perceptions-Minus-Expectations Measurement Of Service Quality. *Journal of Marketing*, 1994;58:125– 31 (January).
- Cronin JJ, Taylor SA. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56:55– 68 (August).
- Çaha, H., Bayyurt, N., (2009). Sağlık Hizmetleri Birleştirilmesinden Sonra Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti (İstanbul Örneği), *Akademik Araştırmalar Dergisi* 2009-2010, ayı 43, 85-98.
- Çaha, H., (2007). Service Quality in Private Hospitals in Turkey, *Journal of Economic and Social Research* , Vol. 9, No. 1, Jan. 2007.
- Çatı K., Yılmaz, A., (2002). Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma", *Pazarlama Dünyası Dergisi*, Sayı:4, Temmuz-Ağustos 2002.
- Çelik, Y (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:9, Sayı:1. ss:21-37, Ankara.

- Çelikay, F., Gümüş, E., (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi, Ankara Üniversitesi *SBF Dergisi*, Cilt 66, No. 3, 2011, s. 55-92.
- Çoruh, M. (1994),. Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, *Haberal Eğitim Vakfı*, Ankara.
- Dean, J.W., Jr., Evans , J.R. (1994). Total Quality Management Organization, and Strategy. Minneapolis: *West Publishing Company*.
- Devebakan, N., Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1):34–58.
- Dicle, İ.A., (2000). 21. Yüzyılın Başındaki Olanaklar, Fırsatlar ve Darboğazlar, Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi, *Friedrich Ebert Stiftung Yayını, İstanbul*.
- DiMatteo, M. R. and R. Hays. (1980). The Significance Of Patients' Perceptions Of Physician Conduct: A Study Of Patient Satisfaction In A Family Practice Center. *J community health* 6:18.
- Direktör, E., (2007). Perceived Service quality and Patient Satisfaction in TRNC: Comparison of Public and Private Hospitals, *Near East University, MBA Thesis*, Kıbrıs.
- Dodson, B., (1996). The Relationship Between Shared Service Quality Values and Customer satisfaction in Hospitals, Nova Southeastern University, School of Business and Entrepreneurship, Dissertation.
- Donabedian, A. (1992). Commentary: The Role Of Outcomes In Quality Assessment And Assurance. *Quality Review Bulletin*, Nov., 356-360.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care -- How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Donabedian, A., (1982). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Criteria and Standards of Quality, Vol 2, Ann Arbor, MI: *Health Administration Pres*.
- Douglas, A.J., McClelland, R., Davies, J., Sudbury, L., (2009). Using Critical Incident Technique (CIT) to Capture the Voice of the Student, Vol. 21 No. 4, ss. 305-318.
- Doyle, B. J. and J. E. Ware. (1977). Physician Conduct And Other Factors That Affect Consumer satisfaction with medical care." *J Med Educ* 52:793.

- Duran, C., (2007). Yönetimde Kalite Güvence Sistemleri ve Hastanelerde Bir uygulama, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, İşletme Bilim Dalı, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Ankara.
- Dursun, Yusuf ve Çerçi Meral (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 1-16.
- Dünya Sağlık Örgütü, (1948). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- Efil,İ., (1995).Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç:ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Bursa: *Uludağ Üniversitesi Basımevi*,1995, s.29.
- Engin, O. ve Sevinç, A. (2005). Sağlık sektöründe müşteri memnuniyeti ve Konya’da hizmet veren hastanelerde bir uygulama. *Verimlilik Dergisi*, 3, 145-159.
- Ennew, C., Judy, Z. (2006). Services Marketing: Customers and Relationships in Memory of David A. Yorke (19 July 1938-9 April 2006), *Journal of Customer Behaviour*; Winter2008, Vol.7, Issue, 4, Pp: 263-267.
- Erdem, R., Rahman,S., Avcı, L., Demirel,B., Köseoğlu,S., Fırat,G., Kırmızıgül,S., Uzel, S., Kubat.,C., (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 31, Temmuz-Aralık 2008, ss.95-110.
- Erdem, Ş.,(2007). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan hizmetlerin kalitesini Algılamaları Üzerine Bir çalışma, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler enstitüsü, *Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi*,Edirne.
- Eroğlu, E., (2004). Yükseköğretimde Hizmet Kalitesi, *Nobel Yayınevi*, 1. Baskı Ocak 2004.
- Ersoy, K., (1989). Apandisit Vakalarının İncelenmesi Yoluyla Yatış Süresi Kontrol Modeli Geliştirme, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, *Hacettepe Üniversitesi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ersöz, S., Pınarbaşı,M., Türker, K.A., Yüzükırmızı, M.,(2009). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Metodu ile Ölçümü ve Sonuçlarının Yapısal Eşitlik Modelleri İle Analiz:, Öğretmenevi Uygulaması, *International Journal of Eng. Research and Development*, Vol.1 no.1 s.19-27.

- Esatoğlu, A.E., Artukoğlu, A., (2000). Tıbbı Dokümantasyon Tarihi ve Tıbbı Dokümantasyon İle İlgili Meslekleşmenin Gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1(1): 13-19.
- Esatoğlu, A.E. (1997). Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Evans, J., Lindsay, W.,(1999). The Management and Control of Quality, 4th Edition, t.Paul, MN:West.
- Fen, Y.S., Lian, K.M., (2006). Service Quality and Customer Satisfaction: Antecedents of Customer's Re Patronage Intentions, *Sunway Academic Journal*, 4, 59-73
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique, *Psychological Bulletin*, Vol. 51 No. 4, pp. 327-58.
- Franzen, G. (2002). Reklamın Marka Değerine Etkisi, Çeviren: Fevzi Yalım, *Mediacat Kitapları*, İstanbul.
- Filiz, Y., (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilim dalı, *yüksek lisans tezi*, Ankara.
- Fornell, C., Johnson, M.D., Anderson, E.W., Cha,E.W., Bryant, B.E.(1996). The American Customer Satisfaction Index:Nature,Purpose, and Findings,Journal of marketing 60 (4), 7-18.
- Gabbott, M. and Hogg, G. (1994). Consumer Behaviour and Services: A Review, Journal of Marketing Management, Vol. 10, pp.311-324.
- Garvin, David A. (1987). Competing on the Eight Dimensions of Quality, *Harvard Business Review*, 65, no. 6 (November-December 1987).
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, Ç., Bayer,E. (2006). Hastaların Bakış Açısıyla Hekim Hasta İlişkisi Ve İletişimi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2006/1, 129-144.
- Gooding, S.K.S. (1995). Quality, Sacrifice, and Value in Hospital Choice, Journal of Health Care Marketing, 15 (4), pp. 24–31.
- Goldstein, S. M. & Schweikhart, S. B. (2002). Empirical support for the Baldrige Award framework in U. S. hospitals. *Health Care Management Review*, 27(1), 62-76.

- Göndelen,D., (2007). Öğretmenevlerinde Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmininin Ölçülmesi Uygulaması Ve Müşteri Tatminini Artırmaya Yönelik Bir Eğitim Modeli, Gazi Üniversitesi Eğitim bilimleri Enstitüsü, Turizm işletmeciliği Anabilim Dalı, *Yayımlanmamış Doktora Tezi,Ankara.*
- Gönen,H., (2008). Kamu sektöründe Müşteri İlişkileri Yönetimi (CRM), Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Adana.*
- Gray, L. C. (1980). Consumer satisfaction with physician provided services: a panel study." *Soc Sci Med* 14A:65.
- Greenley, J. and R. Schoenherr. (1981). Organizational Effects on Client Satisfaction with Humaneness of Service." *JHSB* 22:2-17
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing, Lexington Books, Lexington, MA.*
- Grönroos, C., (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications, *European Journal of Marketing*, Vol. 18 Iss: 4, pp.36 - 44
- Grönroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory, *European Journal of Marketing*, Vol. 16 No. 7, pp. 30-41.
- Grönroos, C. (1978). A Service-Orientated Approach To The Marketing Of Services, *European Journal of Marketing*, Vol. 12 No. 8, pp. 588-60.
- Gujarati, D.M., (1995), *Basic Econometrics*, 3rd Edition. New York: McGraw-Hill, 1995. ISBN 0-07-025214-9.
- Gummesson, E. (2007). Exit Services Marketing – Enter Service Marketing”, *The Journal of Customer Behaviour*, (August), Vol. 6 No. 2, pp. 1-28 (113-141).
- Gummesson, E. (1978). Toward a Theory of Professional Service Marketing, *Industrial Marketing Management*, Vol. 7, pp. 89-95.
- Gupta, H.D., (2008). Identifying Health Care Quality Constituents: Service Providers’ Perspective,*Journal of Management Research*, Vol, 8. no.1, 20-28
- Gülmez,M. (2005). Sağlık hizmetlerine Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 6, Sayı 2, 147-169.
- Gümüş, Erdal (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler, *Seta Analiz*, Sayı 24. [http:// www.setav.org/Ups/dosya/ 44645.pdf](http://www.setav.org/Ups/dosya/44645.pdf)

- Günel,M., (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı,*Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*,İstanbul.
- Gürbüz, E., Büyükkeklik, A., Avcılar, M.Y., Toksarı, M. (2008). Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin Ve Davranışsal Niyet Üzerine Etkisi: Niğde İlindeki Süpermarketler Üzerine Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*. 8 (2), 785–812.
- Gürbüz E., Ergülen A.,(2006). Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Grönroos Modeli Üzerine Bir Araştırma, İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi No:35.
- Hare,C., Kirk,D., Lang, T. (2001). The Food Shopping Experience of Older Consumers in Scotland: Critical Incidents, *International Journal of Retail and Distribution Management*, Vol. 29, pp.25-40.
- Hastaoglu, Seda (2007). Dâhili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
- Hayes,B., (1992). Measuring Customer Satisfaction: Development And Use Of Questinnaires. Milwaukee, *ASQC press*.
- Headley, Dean,E., Miller,Stephen, J.,(1993). Measuring Service Quality And Its Relationship To Future Consumer Behavior, *Marketing Health Service; Winter 1993*, 13,4, *ADI-INFORM Global*, ss.32-41.
- Helminen, S.E., (2000). Quality of Care Provided for Young Adults and Adolescents in the Finnish Public Oral Health Service, *Academic Dissertation*, Helsinki.
- Hughes,J.,(1991). Satisfaction with Medical Care, A Review of the Field, <http://www.changesurfer.com/Hlth/PatSat.html>.
- Hulka, B. A., L. L. Kupper and M. B. Daly, (1975). Correlates of Satisfaction And Dissatisfaction With Medical Care: A Community Perspective. *Med care* 13:648.
- Işık,O. (2011). Algılanan Kalitenin Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,İşletme A.B.D., Sağlık Kurumları Yönetimi B.D. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*.
- Jacob T.J., Abel R. (2002). Sustainable Development and Health: An Indian Perspective. *Lancet* 360(24):638-9.
- Jain, S.K. and G. Gupta, (2004). Measuring Services Quality: Servqual vs. Servperf Scale. *Vikalpa*, 29: 25-37.

- James, B. C., (2002). Physicians And Quality Improvement In Hospitals: How Do You Involve Physicians In TQM? *The Journal for Quality and Participation*, 25 (2), pp. 56-63.
- Johnson, M.D., Fornell, C., (1991). A Framework for Comparing Satisfaction Across Individuals and Product Categories, *Journal of Economic Psychology*,12, 267-286.
- Joint Commision on Accrediation of Healthcare Organizations (1996). Accrediation Manual for Hopitals, Volume, II, *Oakbrook Terrace, IL*, Author.
- Jones, T., O, Sasser, W.E., (1995). Why Satisfied Customers Defect, *Harward Business Review*, 22 (2), 88-99
- Jun, M., Peterson, T.R., Zsidisin, G.A. (1998). The Identification and Measurement of Quality Dimensions in Health Care: Focus Group Interview Results, *Health Care Management Review*, 23 (4), 81-96.
- Kalaycı, Seref (edit). vd. (2006). SPSS Uygulamalı Çok Degiskenli Istatistik Teknikleri, Asil Yayın Dagıtım, Istanbul.
- Kang, G. D., James, J., Alexandris(2002). K., Measurement of Internal Service Quality: Application Of The SERVQUAL Battery To Internal Service Quality. *Managing Service Quality*, Vol. 12, No. 5, pp. 278-91,
- Kara A., Lonial S., Tarim M., Zaim S. (2005). A Paradox of Service Quality in Turkey: the Seemingly Contradictory Relative Importance of Tangible and Intangible Determinants of Service Quality, *European Business Review*, Vol. 17, No. 1, pp. 301–310.
- Kavuncubaşı, Ş., (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, *Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- Kaya,İ., (2009). Healthcare Marketing-Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama”, [www.pazarlamabitanedir.blogspot.com/2009/05/healthcare-marketing.saglik.html](http://www.pazarlamabitanedir.blogspot.com/2009/05/healthcare-marketing.saglik.html), 21, Mayıs 2009.
- Kaya,S., (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Ankara, *Pelikan Yayınları*.
- Kısa,A.,(2002). Sağlık Kurumları Yönetimi, *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Eskişehir.
- Keleş, C., (2011). Tüketicilerde genetiği Değiştirilmiş Gıda Ürünleriyle İlgili Algılanan Risk Türlerinin Kulaktan Kulağa İletişim ve Satın Alma isteğiyle İlişkisi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yayımlanmamış Doktora Tezi, Adana*.

- Kızılçelik, S. (1996). Türkiye'nin Sağlık Sistemi: Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, *Saray Kitabevi*, İzmir.
- Kilbourne, W.E., Duffy J.A. Duffy,M.Giarchi,G., (2004). The Applicability Of SERVQUAL In Cross-National Measurements Of Health-Care Quality", *Journal of Services Marketing*, Vol. 18 Iss: 7, pp.524 - 533
- Kim, Y.K., Cho, C.H., Ahn, S.K.,Goh, I.H., Kim, H.J., (2008). A Study On Medical Services Quality and its Influence Upon Value of Care and Patient Satisfaction-Focusing Upon Outpatients in a Large-Sized Hospital, *Total Quality Management*, Vol.19, No.11, November 2008, 1155-1171.
- Kobu,B. (1999). Üretim Yönetimi, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi *İşletme İktisadi Enstitüsü Araştırma ve Yardım Vakfı*, Yayın No. 04,10.Baskı, İstanbul.
- Kostik, Z.,(1999). Olağanüstü hal bölgesine Yaralanarak GATA Eğitim hastanesinde Tedavi Gören Hastaların Doktor Hasta İlişkisi ve Bu İlişkidен Kaynaklanan Tatmin Düzeylerinin Analizi, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, GATA,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim dalı Başkanlığı
- Kotler,P., Armstron,G.,(1996). Marketing Management,: Analysis, Planning, Implementation, and Control, 7.Ed. New Jersey, *Prentice Hall*.
- Kotler, P., Keller, K.L., (2006). Marketing Management, 12th Edition, *Pearson Education Inc*. Upper Saddle River, New Jersey,2006.
- Kurtuluş,K., (2004). Pazarlama Araştırmaları, *Literatür Yayınları*, genişletilmiş 7. Bskı, İstanbul
- Kuş, H. (2006). *Hastane Akreditasyonu, Uluslararası Sağlıkta Kalite Akreditasyon Performans Yönetimi Kongresi*, Antalya: 15–19 Kasım 2006.
- LaBarbera, P.A., Mazursky, D., (1988). A Longitudinal Assessment of Consumer Satisfaction/ Dissatisfaction: The Dynamic Aspect of the Cognitive Process, *Journal of Marketing Research*,20, November, 393-404
- Larrabee JH. and Bolden LV., (2001). Defining Patient Perceived Quality Of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*; 16 (1): ss. 34-60.
- Lee, S., Cho, W. H., Choi, K. S., Kang, M.(2001). Comparative Analysis of Models for Measuring Consumer Satisfaction in Health Care Organization, *Korean J. Prev Med.*, 34 (1), s. 55-60.
- Leebov, W., Scott, G. (1994). Service Quality İmprovement – The Customer Satisfaction Strategy for Health Care, *American Hospital Publishing,Inc*



- Lewis,M., (1984). Social Influences On Development: An Overview. In M.Lewis (ed.), *Beyond The Dyad* (pp 4-12), New York, *Plenum Press*.
- Lieberman, P. B. (1989). Effect of Patient Gender On Evaluation Of Intern Performance. *Arch Intern Med* 149(8):1825-9.
- Lovelock, C., Wirtz,J., Chatterjee, J., (2006). *Marketing of Services, People, Technology, Strategy, Pearson Education*, P393, 2004.
- Malhotra, N.K. (1996). *Marketing Research: An Applied Orientation*, 2nd ed., Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ.
- McGlynn,E.A.,(1997). Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care, *Health Affairs*, May-June.
- Mechanic, D. (1983). The Growth of HMOs: Issues of Enrollment and Disenrollment. *Medical Care* XXI(3):338-347
- Metintaş,M.Y., Elçioğlu,Ö., (2007). Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938), *Osmangazi Tıp dergisi*, Cilt 29, no.3, s.162-170.
- Mil, B. (2007). Nitel araştırma: Neden, Nasıl, Niçin?, Editörler: Atila Yüksel, Burak Mil,Yasin Bilim, 1. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Milutinovic,D., Brestovacki, B., Cvejic, M.M., (2010). Patients' Satisfaction with Nursing Care as an Indicator of Quality of Hospital Service”, *Journal of Society for Development in New Net Environment in B& H, HealthMed* Vol,4, No.2. 461-466.
- Mohammad, T.G., (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Morrison M, Murphy T, Nalder C. (2003). Consumer Preferences for General Practitioner Services, *Health Mark Q.* 2003;20(3):3-19.
- Nakip, Mahr (2003). Pazarlama Araştırmaları: Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar, *Seçkin Yayıncılık*, Ankara.
- Nakıboğlu,M.A.B., (2008). Hizmet İşletmelerindeki İlişkisel Pazarlama Uygulamalarının Müşteri Bağlılığı Üzerindeki Etkileri, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Adana.

- Nall, C.,P., (2002). The Correlation between Value Congruence and patient Service Quality in hospital Settings, *Nova Southeastern University, school of Business and Entrepreneurship. Ph.D. Dissertation.*
- Nelson, E.C., Larson, C.O., Hays, R.D., Nelson, S.A., Ward, D., Batalden, P; (1992). The Physician and Employee Judgment System: Reliability and Validity of a Hospital Quality Measurement Method”, *Quality Review Bulletin*, 18 (9), 1992, s.284-292.
- Newman, A., Dennis , C., Zaman, S., (2006). Marketing Images and Consumers' Experiences in Selling Environments”, *Marketing Management Journal (1534-973X)*, Fall: 515-599.
- Newman, J.W., Werbel, R.A., (1973). Multivariate Analysis of Brand Loyalty for Major Household Appliances”, *Journal of Marketing Research*, 10 (November), 404-9
- O'Connor, S. and Shewchuk, R., (1989). The Influence of Perceived Hospital Service Quality on Patient Satisfaction and Intentions to Return, *Academy of Management Proceedings*, s., 95-99.
- OECD, (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri, OECD VE IBRD/DÜNYA BANKASI *Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan, Sağlık Reformları, Türkiye’deki Sağlık Sektörü Reformlarının Zaman Çizelgesi, 2003-2008*
- Olshavsky, R.W., Miller, J.A., (1972). Consumer Expectations, Product Performance, and Perceived Product Quality”, *Journal of Marketing Research* , (February), 19-21.
- Oliver, R., L., (1993). Cognitive, affective and attribute bass of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20 (December), 418-430.
- Oliver, R.L., DeSarbo, W.S., (1988), Response Determinants in Satisfaction Judgements,, *Journal of Consumer Research*, 14, March, 495-507..
- Oliver, R.L, (1981). Measurement of Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings, *Journal Retailing*”, 57 (3), 25-48.
- Oliver, R., L., (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, *Journal of Marketing Research*, 17 (November), 460-469.
- Oliver, R.L., (1977). Effect of Expectations and Disconfirmation on Post- Exposure Product Evaluations: An Alternative Interpretation, *Journal of Applied Psychology*, 62, 480-486.

- Olson, J.C., Dover, P.A., (1979). Disconfirmation of Consumer Expectations Through Product Trial, *Journal of Applied Psychology*, 64, 174-189.
- Orel, F.D., Kara,A., (2012). Assessing the Role of Service Quality of Retail Self Checkouts on Customer Satisfaction and Loyalty: Empirical Evidence From, an Emerging Market, *Academy of Marketing Science Annual Conference*, 16-19 May,2012, New Orleans,USA.
- Orel,F.D., Yaşa,E.,(2012). Importance of Medical Tourism: A Preliminary Research o A Class Hospitals' Websites in Turkey, 11<sup>th</sup> *International Marketing Trends Congress*,20-22 January, Venezia,Italy.
- Otani, K.L.E., Wayne,F., Faulkner, K.M., Burroghs, T.E., Dunagan, W.C., (2009). Patient Satisfaction: Focusing on Excellent", *Journal of Healthcare Management*, 54:2, March-April, 93-104.
- Ovretveit J., (1992). *Health Service Quality*. Oxford: Blackwell Scientific Press.
- Öksüz,A.S., (2010). Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Atilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,Sağlık Kurumları İşletmeciliği,*Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*,Ankara.
- Örs,H., (2007),.Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite, *Gazi Kitabevi*, Baran Ofset, Ankara.
- Özatkan, Y, (2008). Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir üniversite Hastanesi Örneği, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Özbay,H.,Erişti,H.E.,Öncül,H.,G.,Arı,H.,O.,Çelepçikay,B.L.,M.G.,Mollahaliloğlu,S., (2007). Sağlık Hizmetleri Sistemi, Türkiye'de Sağlığa Bakış, 2007, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam . San. Tic. Ltd. Şti.
- Özdemir,Y.,E., (2001). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları- Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları, *Yeni Türkiye Dergisi*, *Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları*, Sağlık Özel Sayısı, 1,yıl:7, Sayı:39, s. 276-293.

- Özen, Ü., Çam, H., Aslay, F.Y., (2011). Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde Örnek Uygulama, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, İlkbahar, 2011,cilt, 2 sayı 1, 25-43.
- Özer, L. Ş. (1999). Müşteri Tatminine Yönelik Literatürdeki Kuramsal Tartışmalar, *Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), s:161-163.
- Özkara,Y., (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir uygulama, Akdeniz üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Antalya.
- Öztürk, A.S. (2007). *Hizmet Pazarlaması: Kuram, Uygulama ve Örnekler*, Geliştirilmiş 7. baskı, *Ekin Basım Yayın Dağıtım*, Eskişehir, 2007.
- Pakdil, F., (2007). Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi - *Türkiye Örneği Kitabı*, Hamza Ateş-Harun Kırılmaz-Sabahattin Aydın (Ed.), Ankara, ss:114-1490.
- Palmer, H. (1997). Using Clinical Performance Measures to Drive Quality Improvement, *Total Quality Management*, 8 (5), 305-11.
- Parasuraman, A., Berry, L., Zeithaml, B., (1991). Refinement and Reassessment Of The Servqual Scale. *Journal Of Retailing*, Volume 67, number 4, winter 1991, ss. 420-450.
- Parasuraman,A., Zeithaml, V., Berry, L.L.,( 1990). Five Imperatives for Improving Service Quality, *Sloan Management Review*, 31(Summer), 4, 29-38.
- Parasuraman,A., Zeithaml, V., Berry, L.L.,(1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1 ,Spring 1988.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(Fall): 41-50.
- Parasuraman-A (1984). Developing Customer-Oriented Purchasing Systems, *Business Forum*, 9(Spring), 2, 24-27.
- Parasuraman A; Leonard L Berry; Valarie A Zeithaml (1983). Service Firms Need Marketing Skills, *Business Horizons*, 26(Nov/Dec), 6, 28-31.

- Patrick, D. L., E. Scrivens and J. R. H. Charlton. (1983). Disability and patient satisfaction with medical care. *Med Care* 21:1062.
- Patterson, P.G., (1993). Expectation and Product Performance As Determinants of Satisfaction for a High-Involvement Purchase, *Psychology & Marketing*, 10,5, September-October, 499-465.
- Patterson, P.G., Johnson, L.W., (1993). Disconfirmation of Expectations and the Gap Model of Service Quality: An Integrated Paradigm”, *Journal of Consumer Satisfaction, dissatisfaction and Complaining Behavior*, 6, 90-99.
- Paul III,D., (2003). What is the “Best” Approach for Measuring Service Quality for periodontists?, *Clinical Reserch and Regulatory Affairs*, Vol.20, No.4, 457-468.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler, *Sayıştay Dergisi*, 61, s.s. 119-138
- Peltier, J. W., Schibrowsky, J. A. ve Cochran, C. R. (2002). Patient Loyalty that lasts a lifetime. *Marketing Health Sciences*, 22 (2), 29-33.
- Peyrot M., Cooper,P.D., Carrol .G., (1993),. Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services, *Journal of Health Care Marketing*, 13, Spring, pp.24-33.
- Pilgrimene, Z., Buciuniene,I., (2008). Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible?, *Economics of Engineering Decisions*, no 1 (156), s.104-110.
- Pope, C. R. (1978). Consumer satisfaction in a HMO.JHSB 19:291
- Raju, P. S. and Lonial, S. C. .(2001). The Impact of Quality Context and Market Orientation on Organizational Performance in a Service Environment. *Journal of Service Research*, 4(2): 140-154
- Rahman, S., Erdem, R., Devebakan,N., (2008). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği ile Değerlendirilmesi: elazığ’daki Hastaneler Üzerine Bir Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt,9, Sayı 3.
- Rahmqvist, M., Bara, A.C., (2010), Patients Characteristics and Quality Dimensions related to Patient Satisfaction, *International Journal of Quality in HealthCare*, 2010, Vol.22, No. 2, pp. 86-92.
- Rhode Islands Health department report,(2002). <http://www.health.ri.gov/publications/>
- Robinson, L. and Whittington, F. (1979). Marketing as viewed by hospital administrators, in P. D. Cooper (ed.) *Health Care Marketing: Issues and Trends. Germantown, Maryland: Aspen Systems Corporation*, 39-54.

- Rohini, R., & Mahadevappa, B. (2006). Service Quality in Bangalore Hospitals - An Empirical Study. *Journal of Services Research*, 6(1), 59-84.
- Roderick, M. (1994). Grade retention and school dropout: Investigating the association. *American Educational Research Journal*, 31, 729-759.
- Rust, R.T., Oliver, R.L., (1994). Service Quality: Insights and Managerial Implications *From the Frontier*, Sage London, 1-19.
- Sallis,E.,(2001). Total Quality Management, Third Edition, *Kogan Page*, London.
- Schultz, R.,Altun C. ,J., (2003), Management Of Hospitals And Health Services: Strategic Issues And Performance, *Beard Books*, Washington, D.C.
- Schofield, J. W. (1990). Increasing the generalizability of Qualitative Research. W. W. Eisner ve A. Peshkin (Ed.). *Qualitative inquiry in education: The continuing debate* (s.201-232).New York: Teachers College Press.
- Seçim, H., (1991). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, *İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları*, İstanbul.
- Seidman,i', E. (1991). Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences. New York: Teachers College Press.
- Serrat, O.,(2010), “The Critical Incident Technique”, Knowledge Solutions, May 2010/ 86. ss.1-6.
- Shemwell, D. J., Yavas, U.,(1999). Measuring service quality in hospitals: scale development and managerial applications. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 7 (3), 65-75.
- Shortell, S. M., W. C. Richardson and J. P. LoGerfo. (1977). The Relationships Among Dimensions Of Health Services İn Two Provider Systems: a causal model approach. *JHSB* 18: 139
- Shostack, G.L., (1977). Breaking Free from Product Marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 41, April, pp. 73-80.
- Shostack, G.L. (1981), How to Design a Service, *European Journal of Marketing*, Vol. 16 No. 1, pp. 49-63.
- Shostack, G.L. (1984). Designing Services that Deliver, *Harvard Business Review*, January-February, pp. 133-139.
- Shostack, G.L. ,(1985). Planning the Service Encounter, in *The Service Encounter*, Eds Czepiel J., Soloman M., and Suprenant C, *Lexington Books*, Lexington

- Sitzia, J., Wood, N., (1997). Patient satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Socail Sciences Med*, 45, (12), 1829-1843.
- Smith, A.M. (1995). Measuring Service Quality: Is SERVQUAL Now Redundant?, *Journal of Marketing Management*, 11: 257-276.
- Sower,V.; , Duffy,J.; Kilbourne, W.; Kohers, G; Jones, P, (2001). The Dimensions of Service Quality For Hospitals: Development And Use Of The KQCAH Scale” *Health Care Management Review*, Spring 2001, 26 (2), 47-59, Apsen publishers, Inc.
- Sower, J.A., Wood.,N.(2004). Enhancing Career Development Engagement and Self-Determination for Young Adults with Mental Health Diagnoses, Research and Training Center for Pathways to Positive Futures, with funding from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research, United States Department of Education,USA.
- Stanton, W.J. (1984). *Fundamental of Marketing*: New York: McGraw Hill, American Marketing Association Committee (1960): Committee on Definitions, *Marketing Definitions: A Glossary of Marketing Terms*. Chicago, 492-510.
- Stauss, B., Weinlich, B., (1997). Process-Oriented Measurement Of Service Quality: Applying the Sequential Incident Technique, *European Journal Marketing*, Vol.31, no.1, s.33-55.
- Stephens,S., (2010). A New Paradigm: The Patient as Consumer, *PT in Motion (American Physical Therapy Association)*, March,2010, 16-22.
- Stewart, T.A, (1997), A Satisfied Customer Isn't Enough, *Fortune*,136,(2): 112-113.
- Stevenson,W., (1999), Production Operations Management, 6<sup>th</sup> Edition, Boston,MA, *McGraw Hill*.
- Suki, N.M.,(2011). Assessing Patient Satisfaction, Trust, Commitment, Loyalty, Doctors' Reputation, toward Doctor Services”, *Pak J Med. Ser., Brief Communication*, Vol,27, no 5.
- Sur, H. ,(1998). Sağlık Bakanlığı ve sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, *Yüce Yayım*, İstanbul, s. 229-270.
- Şenalp,V. (2008). Özel Sağlık sigortalarının Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler enstitüsü, İşletme anabilim dalı İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul.

- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bakış, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı 25 (4).
- Şengül,A. (2008). İş Doyumu Ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu Ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma', Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal bilimler Enstitüsü, İşletme anabilim dalı, *yayımlanmamış doktora tezi*, Manisa 2008.
- Taylor, S.A, Baker TL.(1994). An Assessment Of The Relationship Between Service Quality And Customer Satisfaction İn The Formation Of Consumers' Purchase Intentions, *Journal of Retailing* 1994;70(2):163 –78
- Tatarlı, N., (2007). Sağlık hizmetlerinde Hasta tatminini Etkileyen unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir uygulama, Abant izzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, *yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*,Bolu.
- Tek, Ö.B., (1997). Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları, 7. Baskı, İzmir,Cem Ofset Matb.San. A.Ş.
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13.1.1983 tarih ve 17927 mükerrer sayılı Resmi Gazete, Yapılan Değişiklikler için 05/05 2005 tarih ve 25806 sayılı *Resmi Gazete*, Ankara, 1983.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Sağlığa Bakış (2008). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, *Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü*, Ankara. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam . San. Tic. Ltd. Şti.
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış (2007) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, *Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü*, Ankara. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam. San. Tic. Ltd. Şti.
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, (2003). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, *Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü*, Ankara. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam . San. Tic. Ltd. Şti.
- T.C.Sağlık Bakanlığı,(2006). Yataklı Tedavi Kurumları (SBYTK),2006 *Yılı İstatistik Yıllığı*.
- Taylor SA, Baker TL.(1994). An Assessment Of The Relationship Between Service Quality And Customer Satisfaction İn The Formation Of Consumers' Purchase Intentions. *J Retailing* 1994;70(2):163 –78.
- Tavmergen, P., (2002). Turizm Sektöründe Kalite Yönetimi, *Seçkin Yayıncılık*, Ankara.
- Tekin, V.N., (2007). SPSS Uygulamalı Bilimsel Pazarlama Araştırmaları, *Seçkin Yayıncılık*.



- Tekin, F. (1987). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5 (1): 263-298.
- Tengilimoğlu, D., Işık,O.,Akbolat, M.,(2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, *Nobel Kitabevi*, Geliştirilmiş 4. Baskı, Ankara
- Tengilimoğlu, D, Işık,O.,Akbolat,M.,(2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, *Nobel Kitabevi*, 3. Baskı, Ankara.
- Terris, M., (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public health theory, *Journal of Public Health Policy*, vol.13, no.3, ss267-276.
- Thiele,R.,Bennett, E.S.,R., (2010). Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services. *Health Marketing Quarterly*, 27(2), pp. 195-214.
- Tınmaz, Ş.G., (2008). Acil Servislere Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Tsei, D., K.,Wilton, P.C., (1988). Models For Consumer Satisfaction Formation: an Extension, *Journal of Marketing Research*, xxv, May 204-212.
- TÜİK, 2008 Hane Halkı İşgücü Araştırması 2008 *Eylül Dönemi Sonuçları* (Ağustos, Eylül, Ekim 2008) Sayı: 193.
- Türnüklü, A.(2000). Eğitimbilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*. Sayı:24. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Türk,Z., (2009). Denetim firmalarının Sunduğu Hizmet kalitesi, müşteri Tatmini ve Sadakati: Servperf Ölçeği, Ç.Ü.,Sosyal bilimler Enstitüsü Dergisi,Cilt 18, no 1, s.399-416.
- Ural, A. & Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi* (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Uz, M., Hulki. (1995). Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri, *1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu*, Ankara.
- Vasnniarajan, T. (2009). Service Quality For patient’s Loyalty, *SCMS Journal of Indian Management*, January, March, 2009, s.68-80.
- Vasnniarajan, T., Anbazhagan, B. (2007). Servperf Analysis In Retail Banking , *International Marketing Conference on Marketing & society*, 8-10 April 2007, pp. 725-736.

- Varinli, İ., Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki – Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(2), 33- 52.
- Vavra, T.G., (1999). Müşteri Tatmini Ölçümlerini Geliştirmenin Yolları, (Çev: Günhan,Günay) İstanbul,*Kalder Yayınları*, no.28.
- Yağcı, M. İ., Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (2), 218-238.
- Yıldırım, R. G. (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Özel bir Hastanede İnceleme. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Yıldırım,A., Şimşek, H., (2006). Sosyal bilimlerde Nitel Araştırmaları Yöntemleri, Güncelleştirilmiş ve geliştirilmiş 5. Baskı, Seçkin yayıncılık Ankara.
- Yıldırım, A., (2001). Kamu Sektöründe ISO-9000 ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldız,S.,(2009). Katılıma Dayalı Spor Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi Modelleri, *Ege Akademik bakışı*, 9 (4), 1213-1224.
- Yılmaz, C., Yılmaz, İ. (1999). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi. *Haberal Eğitim Vakfı*, 15-16 Mayıs, Ankara.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5: 69-74.
- Yoo,S., (2005). Service Quality at Hospitals, *Asia Pacific Advances in Consumer Research*, Volume 6, 188-193.
- Yüksel, A., Yüksel, F. (2004). Turizmde Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Turhan Kitabevi, Ankara,
- Ware, J. E., and M. K. Snyder. 1975), Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care, *Medical Care* 8, no. 8 (August 1975): 669-82.
- Wild, J., Wild, K., & Han, J. (2008). International Business: The Challenges of Globalization. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate Literacy Is A Barrier To Asthma Knowledge and Self-Care. *Chest*. 1998; 114:1008–15.

- Wisniewski, M., Wisniewski, H.(2005); “Measuring Service Quality In a Hospital Colposcopy Clinic”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 18, No. 3, 2005, s.217-228.
- Woodall, T., (2001). Six Sigma and Service Quality Christian Grönroos Revisited. *Journal of Marketing Management* 17 (5-6): 595-607.
- Woodruff, R.B., Cadotte, E.R., ve Jenkins, R.L.,(1983), “ Modelling Consumer Satisfaction Processes Using Experience –based Norms”, *Journal of Marketing Research*, xx, August, 296-304.
- Wu, Hsiu Lan, LIU, Chang Yung, HSU, Wen Hsin, (2009), “ An Integrative Model Of Customers’ Perceptions Of Health Care Services In Taiwan”, *The Service Industries Journals*, Vol.,28, No.,9, November 2008,ss.1307-1319.
- Zaim,H., Tarım, M., (2010), “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması” *Sosyal Siyaset Konferansları*, Sayı, 59, 201072 1-24.
- Zamil, A.M.A., Areigat, A.Y., Tailakh, W., (2012), The Impact of Health Service Quality on Patients’ Satisfaction over Private and Public Hospitals in Jordan: A Comparative Study, *International Journal of Marketing Studies*,Vol 4 no.1. p. 123-137.
- Zeithaml, V. (1988), “Consumer perception of price, quality and value: a means-end model and synthesis of the evidence”, *Journal of Marketing*, Vol.52, No.3, s.2-22.
- Zerenler, M., Öğüt, A., (2006), Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği, *Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, ss. 501-519.
- Zikmund, W.G., (1986). *Exploring Marketing Research, 2nd. Edition* dryden pres *Chiago*.
- [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)
- [www.ohsad.com.tr](http://www.ohsad.com.tr), 14.08.2011
- [www.bayar.edu.tr/saglikyo/Belcikada\\_Saglik.pdf](http://www.bayar.edu.tr/saglikyo/Belcikada_Saglik.pdf), 04.01.2010.
- [www.who.int/topics/health\\_services/en/](http://www.who.int/topics/health_services/en/), 06/01/2010

**EKLER:****EK 1. GÖRÜŞME FORMU**

Görüşülen Kişi: Görüşme Tarihi:
Hastaninizde sunulan sağlık hizmetleri nelerdir? Yataklı tedavi hizmeti sunan bir kurum olarak hastaninizin sağlık hizmetlerinizi değerlendiriniz.
Hastaninizde sunulan sağlık hizmetlerinin kalite ölçümlerinde hangi metotları kullanıyorsunuz?

**EK.2. ANKET FORMU****SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ**  
**DEĞERLENDİRME ANKETİ****Değerli Hastamız,**

Bu anketin amacı yatarak tedavi hizmeti alan hastaların aldıkları hizmeti değerlendirmelerini sağlamaktır. Anket uygulaması sonucu elde edilecek veriler, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Doktora Programı tez çalışmasında kullanılacaktır. Ankete vereceğiniz doğru cevaplar algıladığınız hizmet kalitesini ortaya koyarak daha iyi hizmet sunabilmede geri bildirim sağlayacaktır. Vermiş olduğunuz cevaplar akademik bir çalışmada kullanılacak olup verilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

**Öğr.gör.Eda Yaşa, Çağ Üniversitesi****Prof.Dr. Fatma DEMİRCİ****OREL**

Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Çukurova Üniversitesi, İİBF,

İşletme Bölümü

[edayasa@cag.edu.tr](mailto:edayasa@cag.edu.tr)[fdorel@cu.edu.tr](mailto:fdorel@cu.edu.tr)**BÖLÜM 1.****1. Tedavi Gördüğünüz Birim:****2. Hastane Türü:** ( ) Devlet ( ) Özel ( ) Üniversite**3. Kayıt ve Yatış İşlemleri İçin Beklenen Süre:**

( ) 0-60 dakika ( ) 1-3 saat arası ( ) 3-5 saat arası ( ) 5-7 saat arası ( ) 7 saat ve üzeri

**4. Odada Kalan Hasta Sayısı:** ( ) Tek ( ) 2 kişi ( ) 3-5 kişi ( ) 6 kişi ve fazlası**5. Bu hastanenin sunduğu hizmetlerin kalitesini aşağıda belirtilen özellikler itibariyle ölçeği kullanarak değerlendiriniz.**

		5: Çok iyi		4: İyi		3: Orta		2: Kötü		1: Çok kötü	
Sıra	Değişkenler	5	4	3	2	1					
1	Santral-randevu hizmetleri										
2	Tedavi ücreti konusunda bilgilendirme										
3	Tedavi ücretini ödeme konusunda bilgi verme										

4	Odanın görünümü						
5	Odanın temizliği						
6	Odanın ısı düzeyi						
7	Odanın içinde ve çevresindeki ses-gürültü düzeyi						
8	Odanın yeterli düzeyde havalandırılması						
9	Odanın aydınlatılması						
10	Hasta yataklarının temizliği						
11	Odada yer alan eşyaların modern ve kullanışlı olması(dolap,masa vb)						

12	Doktor tarafından teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirme						
13	Yattığım süre içinde istediğim zaman doktora ulaşabilme						
14	Doktorların hastayı ziyaret etme sıklığı						
15	Doktorumun kendi alanındaki deneyimi						
16	Doktorumun tedavi yöntemi ile ilgili açık ve anlaşılır bilgiler vermesi						
17	Doktorların kişisel bakım ve temizliği						

18	Hastanede kaldığım sürece hemşirelerin bana ilgisi, güler yüzü ve nezaketi						
19	İhtiyaç duyduğum her anda hemşirelere ulaşma						
20	Yapılacak her işlemle ilgili hemşire tarafından açık ve anlaşılır bir dille bilgilendirilme						
21	Hemşirelerin işleriyle ilgili deneyimi- becerisi						
22	Özel istek ve ihtiyaçlarımla ilgili olarak hemşirelerin ilgisi						
23	Hemşirelerin kişisel bakım ve temizliği						

24	Hasta hizmetleri görevlilerinin iş tecrübesi ve bilgisi					
25	Hasta hizmetleri görevlilerinin kişisel bakım ve temizliği					
26	Hastanede kaldığım sürece hasta hizmetleri görevlilerinin ilgi, güler yüzü ve nezaketi					
27	Hasta hizmetleri görevlileri tarafından hastane hizmetleri (oda tanıtımı, alet ve cihaz kullanımı) hakkında bilgilendirme					

28	Yemeklerin sıcaklığı					
29	Yemeklerin kalitesi					
30	Yemeklerin çeşidi					
31	Yemek servisi yapan personelin davranışı					
32	Genel olarak hastanenin görünümü					
33	Çalışanların görünümü					
34	Hastanede kullanılan araçların görünümü ( teknolojik ve yenilik bakımından)					
35	Hastaneye ulaşım imkanları					
36	Hastane içi ulaşım rahatlığı (yönlendirmeler, levhalar vb.)					

***Refakatçiniz yok ise 2. bölüme geçiniz.***

37	Refakatçi/ziyaretçilerime sağlık personelinin ilgili ve nazik davranması					
38	Refakatçi/ziyaretçilerime güler yüzlü davranılması					
39	Refakatçi/ziyaretçilerimin kaldığı yerin temiz ve konforlu olması					
40	Refakatçilerimin kaldığı sürece kendilerini güvende hissetmeleri					
41	Ziyaretçilerime uygulanan ziyaret saati uygulaması					
42	Hastanede ziyaretçiler için ayrılan oturma-bekleme salonunun yeterliliği					
43	Refakatçilerimin kafeterya hizmetlerinden memnuniyeti					

**BÖLÜM 2.**

**1. Daha önce başka bir hastanede tedavi gördünüz mü? ( ) Evet ( ) Hayır**

Cevabınız evet ise; ( ) Devlet ( ) Özel ( ) Üniversite

**2. Daha önce bu hastanede muayene/tedavi oldunuz mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**3. Daha önce bu hastaneye geldiyseniz bu kaçınıcı gelişiniz : \_\_\_\_\_**

( ) Yatarak tedavi ( ) Ayakta tedavi

**4. Bu hastaneyi tercih nedeninizi belirtiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)**

	Tanıdık tavsiyesi
	Bilinen bir doktorun bu hastanede çalışıyor olması
	İkamet ettiğim yere yakın olması
	Gazete, dergi, TV vb. reklamlar vasıtasıyla öğrendim
	Tanıtım aktivitesine katıldım
	Tandık birilerinin burada çalışıyor olması
	Daha önceki deneyimlerim
	Ücretlerinin uygun olması
	Hastanenin isminin genel olarak güven vermesi
	Diğer belirtiniz.....

**5. Bu hastanede tedaviniz dolayısıyla kalış sürenizi belirtiniz.**

( ) 1 gece ( ) 2-6 gece arası ( ) 1-2 hafta arası ( ) 2-4 hafta arası ( ) 1 ay ve üzeri

**6. Hastanede kalış süresince çeşitli deneyimlerinizi aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz.**



**5: Çok iyi 4:İyi 3: Orta 2: Kötü 1: Çok kötü**

Sıra	İfade	5	4	3	2	1
1	Sağlık personelinin hasta gizliliği hakkında duyarlılığı					
2	Kişilik haklarınızla ilgili memnuniyetiniz					
3	Kalış sürecinde şikâyetlerinize çözüm bulma düzeyleri					
4	Hasta haklarıyla ilgili olarak bilgilendirilme					
5	Organ bağıışı ile ilgili bilgilendirilme					
6	Hastanede çalışan doktor sayısının yeterliliği					
7	Hastanede çalışan hemşire ve diğer personelin sayısının yeterliliği					
8	Kullanılan aletlerin güvenilir olması					
9	İlk seferde doğru tedavi uygulanması					

**7. Tedavi ücretini nasıl karşıladınız?**

- ( ) SGK ( ) Özel kurum anlaşması ( ) Özel sağlık sigortası  
 ( ) Nakit ( ) Devlet memuru-emekli ( ) Diğer (belirtiniz)  
 .....

**8. Kendi sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?**

- ( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( ) Çok Kötü

**9. Bu hastanedeki deneyiminizi göz önüne alarak hastaneye yönelik memnuniyet düzeyinizi aşağıda belirtilen ölçeğe göre değerlendiriniz.**

- ( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( ) Çok Kötü

**10. İhtiyaç duyduğunuzda bu hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**11. Yakınlarınıza hastaneyi tavsiye eder misiniz?**

- ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

**12. Yaşadığınız şehir :**

**13. Cinsiyetiniz :** ( ) Kadın ( ) Erkek

**14. Öğrenim Düzeyi :** ( ) İlköğrenim ( ) Lise ( ) Üniversite  
 ( ) Lisansüstü

**15. Öğrenim gördüğünüz toplam yıl :**

**16. Doğum Tarihiniz :**

- 17. Medeni durumunuz** : ( ) Evli ( ) Bekâr ( ) Dul
- 18. Çocuk sayısı** :
- 19. Mesleğiniz** :
- 20. Aylık Hane Geliriniz** :
- ( ) 699 TL ve altı ( ) 700-1500 TL ( ) 1501-2300 TL ( ) 2301-3100 TL  
( ) 3101-3900 TL  
( ) 3901-4700 TL ( ) 4701-5500 TL ( ) 5501-6300 TL ( ) 6301- ve daha fazla
- 21. Hanede Yaşayan Kişi Sayısı** :

**Anketin doldurulduğu tarih:** .....

**Teşekkürler...**

**Ek. 3. Yakın Tarihte Yapılan Reformlarla İlgili Derleme-I-II**

(2003-2005; 2006-2008 (Tablo 2.1-Tablo 2.2.))

**Tablo 2.1. Yakın Tarihte Yapılan Reformlarla İlgili Derleme-I (2003-2005)**

2003	2004	2005
Ambulans hizmetlerinin ücretsiz yapılması	Bireysel performans dayalı ödeme sisteminin SB kuruluşlarında uygulamaya geçilmesi	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması
Ödeme yapılmadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmaların uygulanması	Yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması	Kurumsal kriterlerin ve kalite kriterlerinin SB kuruluşlarındaki performans dayalı ek ödeme sistemine eklenmesi
Toplam kalite Yönetimi (TKY)'nin Sağlık Bakanlığı (SB)'nda uygulanması	Maliye Bakanlığı kararname uyarınca geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun kurulması	SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi
Performansa dayalı ödemelerin 10 SB hastanesinde pilot olarak uygulanması	Hekim seçme hakkının SB hastanelerinde uygulanması	SSK hastanelerinin SB'na devredilmesi
Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günlerinin organize edilmesi	Ülke çapında gebelere ücretsiz demir desteği sağlanması	İlaçlar için Yeşil Kartlılara yönelik katkı payı koşusu getirilmesi
		Aile hekimliğinin ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulması
		İlaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin kabul edilmesi

**Kaynak** OECD, (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri, OECD VE IBRD/DÜNYA BANKASI *Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan, Sağlık Reformları, Türkiye'deki Sağlık Sektörü Reformlarının Zaman Çizelgesi, 2003-2008.*

**Tablo 2.2. Yakın Tarihte Yapılan Reformlarla İlgili Derleme-II (2006-2008)**

2006	2007	2008
SB hastaneleri için global bütçenin uygulanması	Sosyal güvence kapsamında olmasa bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi  Ambulans hizmetlerinin kısmi erişim zor alanlarda daha erişilebilir hale getirilmesi	Özel Ayakta Tanı ve tedavi merkezleri konulu yeni SB yönetmeliğinin kabul edilmesi ve “İhtiyaç Ruhsatı” koşulunun konması ve yeni ruhsatlandırma prosedürlerinin SB tarafından kabul edilmesi
5502 sayılı kanunun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının entegrasyonu) uygulanmasına başlanması	Yeni Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’un kabulü, (i) SSK ve Bağ_Kur için SB hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılması, (ii) Kronik rahatsızlığı olan hastaların önce hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi (iii) SGK ile sözleşmeli tüm SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT ve ICD-10’a dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik toplu (sabit fiyat) ödemenin getirilmesi (iv) SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemeleri (sigorta kapsamına) ücretsiz sağlaması ve hastadan ücret alınırca cezalandırılması (v)SGK ile sözleşmeli tüm SB, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmesi	Sosyal sigortalar ve GSS kanunu değişikliklerinin Meclis tarafından kabulü ve Cumhurbaşkanı tarafından imzalanması

Aile hekimliğinin Eskişehir’de uygulanmaya başlaması	Aile hekimliğinin Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir illerinde uygulamaya konulması.	GSS uygulamasının başlaması. Yeşil kart sahiplerinin GSS kapsamındaki diğer sağlık sigortası sistemdekilerle aynı teminatlardan yararlanması
Aile hekimliğinin Edirne, Denizli, Adıyaman ve Gümüşhane illerinde uygulanmaya başlaması		Pentavalan aşılarının rutin bağışıklama programına alınması
SGK’da ilaç harcaması takip sisteminin kurulması ve SGK için MEDULA’nın başlatılması		Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan tütün ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve kontrolü Hakkında kanunun kabul edilmesi.
Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı(KÖO) kanununun meclis’te kabul edilmesi.		
Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılarının rutin aşılama programlarına alınması		

**EK. 4. Hizmet Kalitesiyle İlgili Olan İfadelerle İlgili İstatistikî Değerlendirmeler**

Değişkenler	Hastane türü	Çok iyi (%)	İyi (%)	Orta (%)	Kötü (%)	Çok Kötü (%)	Belirtilmemiş (%)	n	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Santral-randevu hizmetleri	Devlet	3,1	30,6	10,4	6,7	2,6	46,6	193	3,14	1,611
	Özel	29,6	46,7	16,6	6,5	0,6	0,0	169		
	Üniversite	3,7	78,8	5,3	8,5	3,7	0,0	189		
Tedavi ücreti konusunda bilgilendirme	Devlet	1,6	24,4	10,4	4,7	12,4	46,6	193	2,96	1,650
	Özel	35,5	48,5	7,7	7,1	1,2	0,0	169		
	Üniversite	2,1	56,1	21,7	16,4	3,7	0,0	189		
Tedavi ücretini ödeme konusunda bilgi verme	Devlet	1,6	23,8	9,3	5,2	13,5	46,6	193	2,96	1,662
	Özel	38,5	47,7	6,5	8,3	0,0	0,0	169		
	Üniversite	2,1	55,6	21,7	16,4	4,2	0,0	189		
Odanın görünümü	Devlet	33,2	49,2	10,9	6,2	0,5	0,0	193	4,20	,744
	Özel	60,9	33,1	3,0	3,0	0,0	0,0	169		
	Üniversite	11,1	83,6	2,6	1,6	1,1	0,0	189		
Odanın temizliği	Devlet	34,2	50,8	7,8	6,2	1	0,0	193	4,23	,732
	Özel	63,9	30,2	3,0	3,0	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,2	84,6	1,6	1,1	0,5	0,0	189		
Odanın ısı düzeyi	Devlet	37,3	53,9	5,7	2,1	1,0	0,0	193	4,22	,718
	Özel	55	33,7	5,3	5,3	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,2	84,1	1,6	2,1	0,0	0,0	189		
Odanın içinde ve çevresindeki ses-gürültü düzeyi	Devlet	12,4	54,9	23,3	4,7	4,7	0,0	193	3,99	,846
	Özel	54,4	35,5	4,7	4,7	0,6	0,0	169		
	Üniversite	9,5	84,1	1,6	3,7	1,1	0,0	189		
Odanın yeterli düzeyde havalandırılması	Devlet	33,7	57,5	3,6	2,1	3,1	0,0	193	4,16	,772
	Özel	52,7	34,9	6,5	5,3	0,6	0,0	169		
	Üniversite	9,5	83,1	4,2	2,6	0,5	0,0	189		
Odanın aydınlatılması	Devlet	48,7	46,6	2,6	2,1	0,0	0,0	193	4,32	,659
	Özel	59,2	34,9	1,8	4,1	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,7	83,1	2,1	1,6	0,5	0,0	189		

## EK. 4 (Devam)

Hasta yataklarının temizliği	Devlet	30,6	42,5	13,5	7,8	5,7	0,0	193	4,13	,867
	Özel	62,7	32,0	1,8	3,6	0,0	0,0	169		
	Üniversite	13,2	82,5	2,6	1,1	0,5	0,0	189		
Odada yer alan eşyaların modern ve kullanışlı olması(dolap, masa vb)	Devlet	22,8	51,3	15	4,7	6,2	0,0	193	4,11	,832
	Özel	62,1	32,0	1,8	4,1	0,0	0,0	169		
	Üniversite	11,6	84,7	2,6	1,1	0,0	0,0	189		
Doktor tarafından teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirme	Devlet	55,4	39,9	2,1	1,6	1,0	0,0	193	4,49	,626
	Özel	76,3	21,9	1,2	0,6	0,0	0,0	169		
	Üniversite	32,3	65,1	1,6	1,1	0,0	0,0	189		
Yattığım süre içinde istediğim zaman doktora ulaşabilme	Devlet	56,0	35,2	4,7	2,1	2,1	0,0	193	4,42	,716
	Özel	69,2	26,6	2,4	1,8	0,0	0,0	169		
	Üniversite	31,7	64	2,1	2,1	0,0	0,0	189		
Doktorların hastayı ziyaret etme sıklığı	Devlet	56,0	38,9	2,6	2,6	0,0	0,0	193	4,48	,652
	Özel	76,2	20,2	1,2	2,4	0,0	0,0	169		
	Üniversite	33,3	63,5	1,1	2,1	0,0	0,0	189		
Doktorumun kendi alanındaki deneyimi	Devlet	64,8	33,2	2,1	0,0	0,0	0,0	193	4,54	,580
	Özel	77,5	19,5	2,4	0,6	0,0	0,0	169		
	Üniversite	34,9	58,2	6,9	0,0	0,0	0,0	189		
Doktorumun tedavi yöntemi ile ilgili açık ve anlaşılır bilgiler vermesi	Devlet	63,2	33,7	1,6	1,0	0,5	0,0	193	4,52	,599
	Özel	74,6	22,5	2,4	0,6	0,0	0,0	169		
	Üniversite	33,3	64,6	1,1	1,1	0,0	0,0	189		
Doktorların kişisel bakım ve temizliği	Devlet	69,9	30,1	0,0	0,0	0,0	0,0	193	4,59	,506
	Özel	77,5	20,7	1,8	0,0	0,0	0,0	169		
	Üniversite	34,9	64,6	0,5	0,0	0,0	0,0	189		
Hastanede kaldığım sürece hemşirelerin bana ilgisi, güler yüzü ve nezaketi	Devlet	44,0	48,7	3,6	3,1	0,5	0,0	193	4,32	,695
	Özel	62,7	30,8	2,4	1,8	2,4	0,0	169		
	Üniversite	18,0	80,4	1,1	0,5	0,0	0,0	189		
İhtiyaç duyduğum her anda hemşirelere ulaşma	Devlet	49,2	45,6	2,6	2,1	0,5	0,0	193	4,35	,686
	Özel	63,3	28,4	4,1	1,8	2,4	0,0	169		
	Üniversite	18,5	80,4	0,5	0,5	0,0	0,0	189		

## EK. 4 (Devam)

Yapılacak her işlemle ilgili hemşire tarafından açık ve anlaşılır bir dille bilgilendirilme	Devlet	47,7	46,1	4,7	1,6	0,0	0,0	193	4,34	,681
	Özel	63,3	29,0	3,6	1,8	2,4	0,0	169		
	Üniversite	18,5	81,0	0,0	1,6	0,0	0,0	189		
Hemşirelerin işleriyle ilgili deneyimi- becerisi	Devlet	45,6	49,2	4,7	0,5	0,0	0,0	193	4,31	,681
	Özel	58,0	32,5	4,1	3,0	2,4	0,0	169		
	Üniversite	17,5	77,8	4,2	0,5	0,0	0,0	189		
Özel istek ve ihtiyaçlarımla ilgili olarak hemşirelerin ilgisi	Devlet	42,0	44,6	8,8	3,6	1,0	0,0	193	4,26	,769
	Özel	63,1	26,8	4,2	3,6	2,4	0,0	169		
	Üniversite	15,3	82,5	1,6	0,5	0,0	0,0	189		
Hemşirelerin kişisel bakım ve temizliği	Devlet	59,1	38,9	1,6	0,5	0,0	0,0	193	4,43	,625
	Özel	70,4	22,5	3,6	2,4	1,2	0,0	169		
	Üniversite	17,5	81,5	0,5	0,5	0,0	0,0	189		
Hasta hizmetleri görevlilerinin iş tecrübesi ve bilgisi	Devlet	20,2	64,2	10,9	2,6	2,1	0,0	193	4,18	,668
	Özel	58,9	37,5	1,8	1,8	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,2	83,1	4,8	0,0	0,0	0,0	189		
Hasta hizmetleri görevlilerinin kişisel bakım ve temizliği	Devlet	33,7	64,1	3,1	1,6	0,5	0,0	193	4,31	,580
	Özel	62,1	34,3	1,8	1,8	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,7	86,8	0,5	0,0	0,0	0,0	189		
Hastanede kaldığım sürece hasta hizmetleri görevlilerinin ilgi, güler yüzü ve nezaketi	Devlet	35,8	56,5	5,2	2,1	0,5	0,0	193	4,29	,628
	Özel	63,3	32,5	1,8	2,4	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,2	85,2	1,6	1,1	0,0	0,0	189		
Hasta hizmetleri görevlileri tarafından hastane hizmetleri (oda tanıtımı, alet ve cihaz kullanımı) hakkında bilgilendirme	Devlet	33,7	52,8	6,2	6,2	1,0	0,0	193	4,20	,725
	Özel	57,4	36,1	3,6	3,0	0,0	0,0	169		
	Üniversite	11,1	85,7	2,1	0,5	0,5	0,0	189		
Yemeklerin sıcaklığı	Devlet	22,3	50,8	13,5	8,8	4,7	0,0	193	3,87	,880
	Özel	22,5	55,6	14,2	5,9	1,8	0,0	169		
	Üniversite	11,6	76,7	6,3	3,7	1,6	0,0	189		



## EK. 4 (Devam)

Yemeklerin kalitesi	Devlet	21,8	52,8	11,9	8,3	5,2	0,0	193	3,86	,879
	Özel	23,1	50,9	18,3	7,1	0,6	0,0	169		
	Üniversite	11,1	76,2	7,4	3,7	1,6	0,0	189		
Yemeklerin çeşidi	Devlet	22,8	50,3	12,4	10,4	4,1	0,0	193	3,84	,882
	Özel	21,9	53,3	17,2	6,5	1,2	0,0	169		
	Üniversite	9,0	78,8	5,3	5,3	1,6	0,0	189		
Yemek servisi yapan personelin davranışı	Devlet	46,1	44,0	7,8	1,6	0,5	0,0	193	4,22	,661
	Özel	40,2	49,1	7,1	3,6	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,7	81,5	5,3	0,5	0,0	0,0	189		
Genel olarak hastanenin görünümü	Devlet	16,6	60,1	16,6	4,7	2,1	0,0	193	4,11	,703
	Özel	49,1	44,4	4,7	1,8	0,0	0,0	169		
	Üniversite	14,8	82,5	2,1	0,5	0,0	0,0	189		
Çalışanların görünümü	Devlet	23,3	57,5	18,1	1,0	0,0	0,0	193	4,16	,631
	Özel	47,9	43,2	6,5	2,4	0,0	0,0	169		
	Üniversite	14,3	82,0	3,2	0,5	0,0	0,0	189		
Hastanede kullanılan araçların görünümü (teknolojik ve yenilik bakımından)	Devlet	15,0	51,8	23,3	9,8	0,0	0,0	193	4,05	,724
	Özel	49,1	41,4	7,7	1,8	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,7	84,7	2,1	0,5	0,0	0,0	189		
Hastaneye ulaşım imkânları	Devlet	35,2	51,3	4,1	8,3	1,0	0,0	193	4,16	,712
	Özel	43,2	47,3	6,5	3,0	0,0	0,0	169		
	Üniversite	12,7	83,1	4,2	0,0	0,0	0,0	189		
Hastane içi ulaşım rahatlığı (yönlendirmeler, levhalar, vb.)	Devlet	16,6	50,8	9,3	7,3	1,6,1	0,0	193	3,93	,982
	Özel	44,4	45,6	5,9	4,1	0,0	0,0	169		
	Üniversite	13,8	82,5	3,2	0,5	0,0	0,0	189		
Refakatçi/ziyaretçilere rime sağlık personelinin ilgili ve nazik dav	Devlet	13,5	51,3	3,6	0,0	0,5	31,1	193	3,48	1,672
	Özel	47,9	42,0	4,1	0,6	0,6	4,7	169		
	Üniversite	7,4	75,1	2,1	1,1	0,0	14,3	189		
Refakatçi/ziyaretçilere rime güler yüzlü davranılması	Devlet	15,5	49,7	2,6	1,0	0,0	31,1	193	3,47	1,676
	Özel	46,2	43,8	3,6	1,8	0,0	4,7	169		
	Üniversite	6,3	75,7	1,6	1,6	0,0	14,3	189		

## EK. 4 (Devam)

Refakatçi/ziyaretçilerin kaldığı yerin temiz ve konforlu olması	Devlet	7,8	28,5	14,5	8,3	9,8	31,1	193	3,14	1,694
	Özel	35,5	50,9	6,5	2,4	0,0	4,7	169		
	Üniversite	3,2	74,1	0,5	4,2	3,7	14,3	189		
Refakatçilerimin kaldığı sürece kendilerini güvende hissetmeleri	Devlet	11,4	32,6	15,0	5,7	4,1	31,1	193	3,33	1,677
	Özel	43,8	45,0	4,7	1,8	0,0	4,7	169		
	Üniversite	4,2	79,9	0,5	1,1	0,0	14,3	189		
Ziyaretçilerime uygulanan ziyaret saati uygulaması	Devlet	5,2	36,8	14,0	10,9	2,1	31,1	193	3,27	1,649
	Özel	39,6	45,6	7,1	3,0	0,0	4,7	169		
	Üniversite	3,7	80,4	0,0	1,6	0,0	14,3	189		
Hastanede ziyaretçiler için ayrılan oturma-bekleme salonunun yeterliliği	Devlet	4,7	25,4	15,0	19,2	4,7	31,1	193	3,11	1,660
	Özel	35,5	45,6	8,3	5,9	0,0	4,7	169		
	Üniversite	3,7	76,2	1,1	4,2	0,5	14,3	189		
Refakatçilerimin kafeterya hizmetlerinden memnuniyeti	Devlet	3,6	28,0	10,4	16,6	9,8	31,1	193	3,00	1,674
	Özel	32,0	45,0	10,7	5,9	1,8	4,7	169		
	Üniversite	2,1	69,8	8,5	2,1	3,2	14,3	189		

**EK 5. Levene Homojenlik Testleri**

<b>Varyansların Homojenliği</b>				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Refakatçi	45,572	2	549	,000
Oda	35,503	2	549	,000
Hemşire	30,613	2	548	,000
Hekim	3,201	2	548	,041
Yemek	18,902	2	549	,000
Görünüm	27,139	2	549	,000
Kayıt öncesi	140,386	2	549	,000
Hasta hizmetleri	30,272	2	548	,000

**Ek.6. Sağlık Bakanlığı ve Adana İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazıları**



**ÖZGEÇMİŞ****EDA YAŞA**

Çağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Yenice Tarsus  
Mersin, Türkiye 33800 Tel: (+90324) 6514800  
e-mail: edayasa@cag.edu.tr

Doğum tarihi ve yeri : 01.08.1980-ISTANBUL  
Ehliyet : B Tipi(1998)  
Medeni Durumu : Bekar  
Yabancı dil Bilgisi : İngilizce İyi Düzeyde Japonca: Başlangıç

**İş Deneyimi:**

2006-Devam ediyor : Çağ Üniversitesi İİBF, MYO Öğretim Görevlisi  
2003-2006 : Çağ Üniversitesi İİBF, Araştırma Görevlisi

**Eğitim Bilgileri**

Tarih	Üniversite Adı	Fakülte/Bölüm	Ortalama
09/2006 -	Çukurova Üniversitesi, Adana	Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Doktora Programı “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve bağlılık ilişkisi: Devlet , Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırılması”	3,71/4,00
11/2003 -	Çağ Üniversitesi, Mersin	Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi (MBA)Yüksek Lisans programı (Tezli)	4,00/4,00
05/2006 10/1998 -	Çağ Üniversitesi, Mersin	Aile İşletmelerinde Kurumsallaşma İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi- İşletme Bölümü (İngilizce)	3,53/4,00
06/2003 11/2002 -	Çukurova Üniversitesi, Adana	Eğitim Fakültesi İngilizce Öğretmenliği Sertifika Programı	Başarılı

**Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler**

1. YAŞA,E., MUCAN B., (2010), Tüketim ve Yaşlı Tüketiciler: Literatür Araştırması, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(2), sf 1-14, Aralık 2010.
2. HASEKİ,M.İ., YAŞA,E., (2010), E-Alışveriş: Tüketici Görüşlerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Ekim 2010, Vol.3, Adana

**Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler**

1. OREL,F.D., YAŞA,E., (2012), Importance of Medical Tourism: A Preliminary research on “A” Class Hospitals Websites’ in Turkey”, Healthcare industry section. 11th International Marketing Trends Conference, 19-21 January, 2012. Venezia/Italy.

2. **YAŞA,E, MUCAN,B.**, (2012), Food shopping difficulties for older consumers : perspective of food retailing staff in Turkey, 11th International Marketing Trends Conference, Seniors Section, 19-21 January, 2012. Venezia/Italy.
3. **MUCAN, B., YAŞA,E.**, (2011), The Food Shopping Experience Of Older Consumers In Turkey: Using The Critical Incident Technique,10th International Marketing Trends Conference, Seniors Section, 20-22 January, 2011,Paris, France.

### **Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler**

1. **K.BOZKURT,S., YAŞA,E., ÖZYÖRÜK, D.**,(2011), Mobil Pazarlama Kanalları ve Tüketim: Y kuşağı Tüketicilerinin SMS Reklamlarına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi,16. ulusal Pazarlama Kongresi Arel Üniversitesi, İstanbul 20-22 Kasım 2011
2. **YAŞA,E.,HASEKİ,M.İ.**,(2009), Tüketicilerin E-Perakendeciliğe İlişkin Tutumlarının Tespitine Yönelik Bir Araştırma: Çukurova Bölgesi Üniversitelerinde Bir Pilot Uygulama ,14. ulusal Pazarlama Kongresi, Bozok Üniversitesi, Yozgat, 14-17 Ekim 2009
3. **YAŞA,E., HASEKİ,M.İ.**, (2008) Sürdürülebilir Satış ve Etik: Çukurova Bölgesinde Yer Alan İlaç Dağıtım Firmalarında Çalışan Tıbbi Satış Mümessillerinin Satıştaki Etik Tutum Ve Davranışlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, 13. Ulusal Pazarlama Kongresi, Kongre Kitabı, Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Adana, 30 Ekim -1 Kasım 2008.
4. **TURKEL,S., YAŞA, E.**, (2006), Aile İşletmeleri ve Kurumsallaşma Süreci (Mersin İli Örneği),Bildiri, 2. Aile İşletmeleri Kongresi, Kongre Kitabı, İstanbul Kültür Üniversitesi Yayını, İstanbul, 14-15 Nisan 2006.

### **2006-2012 Akademik Yılları Arasında Güz, Bahar ve Yaz Dönemlerinde Yürütülen Dersler:**

Tüketici Davranışı, Müşteri İlişkileri Yönetimi, Reklâm Kampanyaları (İng), Pazarlama İlkeleri I-II, İletişim ve İkna, İşletmeye giriş I-II, Yönetim İlkeleri (İng), Uluslararası İşletme (İng.), İnsan Kaynakları Yönetimi (İng.), Örgütsel Davranış (İng), Perakende Yönetimi (İng).

### **Uluslararası Konferanslarda Yapılan Hakemlikler &Burslar**

- 10th **International Marketing Trend Congress**, Paris, France, Reviewing Committee Member 2011, 20-22 January, 2011.
- 11th. **International Marketing Trend Congress**, Venezia/ Italy, Reviewing Committee Member, 2012, 19-21 January, 2012.
- 07.04.2010-05.05.2010 **Uluslararası Rotary Programı Mesleki İnceleme ve Kültürel Değişim Programı Bursiyeri**, (GSE) Tennessee, Amerika (30 gün)
- 2008, Çukurova Üniversitesi 13. ulusal pazarlama kongresi **TÜBİTAK BURSU** (kayıt, konaklama ücretleri)