



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE MODÜLERLİK VE MÜŞTERİ
MEMNUNİYETİ**

Elif ÇETİN

DANIŞMAN
Doç. Dr. Dilek YILMAZ BÖREKÇİ

Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı

Endüstri Mühendisliği Programı

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 21.06.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Endüstri Mühendisliği Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ



Doç. Dr. Dilek YILMAZ BÖREKÇİ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Mühendislik Fakültesi



Prof. Dr. Mehmet Mutlu YENİSEY
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Mühendislik Fakültesi



Prof. Dr. Seçkin POLAT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakültesi



20.04.2016 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 9/2 ve 22/2 maddeleri gereğince; Bu Lisansüstü teze, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa’nın aboneliği olduğu intihal yazılım programı kullanılarak Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlemiş olduğu ölçütlere uygun rapor alınmıştır.

Bu tez, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Bilimsel Araştırma Projeleri Yürütücü Sekreterliğinin numaralı projesi ile desteklenmiştir.

Bu tez, numaralı projesi ile desteklenmiştir.

ÖNSÖZ

Günümüzde küreselleşme ve teknolojinin gelişmesiyle artan rekabet yoğunluğuyla müşteri beklentilerinin artması; sektördeki firmaların kısa sürede, tüm müşterilerin beklentilerini karşılayacak çeşitlilikte ve yüksek kalitede, ürün ya da hizmet sunmasını gerektirmektedir. Günümüzde hizmet sektörü bu bağlamda önemini arttırmaktadır. Çalışmada yaşantımızda önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerini modülerlik çerçevesinde inceleyerek, modülerliğin müşteri memnuniyetine olan etkisini ölçmek amaçlanmıştır.

Tezin hazırlanmasında ve bu uzun sürecin tamamında büyük emeği olan ve her zaman bilgi birikimiyle desteğini hissettiğim danışman hocam Doç. Dr. Dilek YILMAZ BÖREKÇİ'ye, analiz kısmında değerli bilgilerini paylaşan Dr. Öğretim Üyesi Funda Hatice SEZGİN'e, bu süreçte desteğini esirgemeyen Dr. Öğretim Üyesi Sinem BÜYÜKSAATÇİ KİRİŞ'e ve bu süreçte yol arkadaşım olan H.Berfu DEMİR'e;

Bugünlere ulaşmamı sağlayan maddi, manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen bu süreçte benimle beraber gece gündüz çalışan annem, babam, ablama ve geniş aileme, tezime büyük katkıları olan ailemin doktorları İrem ÇETİN ve Messure-Muhammed BALCI'ya;

Her zaman yanımda olan arkadaşlarım Ebru TÜRE ve Tuğba ŞANLI'ya, iş arkadaşım Merve ALAKUŞ'a, bu süreçte moral kaynağım olan kıymetli öğrencilerime teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs 2019

Elif ÇETİN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ŞEKİL LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
SUMMARY	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL KISIMLAR	4
2.1. MODÜLERLİK	4
2.2. MODÜLERLİK ÇEŞİTERİ.....	5
2.2.1. Kapsam Açısından Modülerlik.....	6
2.2.1.1. <i>Modüler Platform Mimarisi:</i>	6
2.2.1.2. <i>Modüler Ürün Mimarisi:</i>	6
2.2.2. Seviye Açısından Modülerlik	6
2.2.2.1. <i>Modüler Ürün:</i>	6
2.2.2.2. <i>Modüler Süreç:</i>	6
2.2.2.3. <i>Modüler Organizasyon:</i>	6
2.2.3. Süreç Açısından Modülerlik.....	7
2.2.3.1. <i>Tasarım Modülerliği:</i>	8
2.2.3.2. <i>Kullanım Modülerliği:</i>	8
2.2.3.3. <i>Üretim Modülerliği:</i>	8
2.2.4. Çıktı Açısından Modülerlik.....	9
2.2.4.1 <i>Ürün Modülerliği:</i>	9
2.2.4.2. <i>Hizmet Modülerliği:</i>	10
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MODÜLERLİK.....	11
2.4. HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ	14
2.5. HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ	26
2.5.1. SERVQUAL Analizi	26
2.6. SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ.....	30

2.6.1. Hasta Memnuniyeti ve Boyutları.....	31
2.7. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE BASAMAK UYGULAMALARI.....	35
2.7.1. Basamak Uygulamaları	35
2.7.1.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	35
2.7.1.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	36
2.7.1.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları.....	36
2.8. SAĞLIK BİLİŞİM SİSTEMLERİ	36
2.8.1. Klinik Bilgi Sistemleri (KBS)	37
2.8.2. Teşhis ve Tedavi Sistemleri.....	39
2.9. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNTERNET UYGULAMALARI	40
2.9.1. E-Nabız.....	40
2.10. TÜRKİYE’DE SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ	42
3. MALZEME VE YÖNTEM.....	44
3.1. VAKA ANALİZİ.....	44
3.2. ÇALIŞMADA İNCELENEN PLATFORM VE MODÜLLERİN TANIMI.....	44
3.2.1. E-Nabız.....	46
3.2.2. Devlet Hastanesi.....	46
3.2.3. I.Basamak Sağlık Kuruluşları.....	46
3.2.4. Kanser Tarama Merkezi	47
3.3. I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETERİNDE MODÜLERLİK VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ UYGULAMASI	47
4. BULGULAR.....	51
4.1. SERVQUAL PUANI HESAPLAMASI	51
4.2. I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETERİNDE MODÜLERLİĞİN MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİNE YÖNELİK ANALİZLER.....	54
4.2.1. Anketin Güvenilirlik Analizi.....	54
4.2.2. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları	54
4.3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	55
4.3.1. Demografik Bilgiler İçin Sıklık (Frekans) Dağılımı	55
4.3.2. Birinci Analiz Örnekleme İlişkin Boyutların (Ölçeklerin) Yüzde ve Ortalama Cevapları.....	57
4.3.3. İkinci Analiz Örnekleme İlişkin Boyutların (Ölçeklerin) Yüzde ve Ortalama Cevapları.....	72
4.4. AÇIKLAYICI FAKTÖR ANALİZİ	86
4.5. FARKLILIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	90
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	92

5.1. TARTIŞMA	92
5.2. SONUÇ	94
KAYNAKLAR	96
EKLER	104
Ek 1. Sağlık hizmetlerinde modülerliğin müşteri memnuniyetine etkisini ölçmede kullanılan SERVQUAL anketi.	104
ÖZGEÇMİŞ	109



ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 2.1: Modülerlik çeşitleri (Demirtola ve Atilla,2013).	5
Şekil 2.2: Çeşitli araştırmalar sonucu elde edilen bulgular (Parasuraman ve diğ. 1985).	18
Şekil 2.3: Hizmet kalitesi modeli (Parasuraman ve diğ. 1985).....	19
Şekil 2.4: Bütünleştirici hasta modelinin bakım konusundaki değerlendirmeleri (Tucker ve Adams, 2001).	32
Şekil 2.5: Sağlık hizmetlerini anlamak için kapsamlı bir model (Naidu, 2009).	34
Şekil 3.1: Çalışmanın genel şablonu.	45
Şekil 4.1: Birinci analiz için anket katılımcılarının yaş sıklık (frekans) dağılım grafiği.	55
Şekil 4.2: İkinci analiz için anket katılımcılarının yaş sıklık (frekans) dağılım grafiği.....	56

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Sağlık sektöründe bilişim sistemlerinin bölümlendirilmesi (Özata, 2004).	37
Tablo 3.1: Evrene göre örneklem büyüklükleri.	49
Tablo 4.1: Birinci analizin ortalama SERVQUAL puanı.	52
Tablo 4.2: Birinci analizin ağırlık katsayıları.	52
Tablo 4.3: Birinci analizin ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı.	53
Tablo 4.4: İkinci analizin SERVQUAL puanı.	53
Tablo 4.5: İkinci analizin ağırlık katsayıları.	53
Tablo 4.6: İkinci analizin ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı.	54
Tablo 4.7: Anketin güvenilirlik analizleri sonuçları.	54
Tablo 4.8: Birinci analiz için anket katılımcılarının cinsiyet sıklık (frekans) dağılımı.	56
Tablo 4.9: İkinci analiz için anket katılımcılarının cinsiyet sıklık (frekans) dağılımı.	56
Tablo 4.10: Birinci analiz için anket katılımcılarının eğitim sıklık (frekans) dağılımı.	57
Tablo 4.11: İkinci analiz için anket katılımcılarının eğitim sıklık (frekans) dağılımı.	57
Tablo 4.12: Birinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.	57
Tablo 4.13: Birinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.	60
Tablo 4.14: Birinci analiz heveslilik boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.	61
Tablo 4.15: Birinci analiz güven boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.	62
Tablo 4.16: Birinci analiz empati boyutuna yönelik algı puanları frekans dağılım tablosu.	64
Tablo 4.17: Birinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.	65

Tablo 4.18: Birinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.	67
Tablo 4.19: Birinci analiz için heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.	68
Tablo 4.20: Birinci analiz güven boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.....	70
Tablo 4.21: Birinci analiz empati boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.....	71
Tablo 4.22: İkinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.	72
Tablo 4.23: İkinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.....	74
Tablo 4.24: İkinci analiz heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.....	75
Tablo 4.25: İkinci analiz güven boyutuna yönelik algı puanı sıklık (frekans) dağılım tablosu.....	75
Tablo 4.26: İkinci analiz empati boyutuna yönelik algı puanları frekans dağılım tablosu.....	75
Tablo 4.27: İkinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.	79
Tablo 4.28: İkinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.	81
Tablo 4.29: İkinci analiz heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.....	82
Tablo 4.30: İkinci analiz güven boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.....	84
Tablo 4.31: İkinci analiz empati boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.....	85
Tablo 4.32: Algılanan bölüm açıklayıcı faktör analizi sonuçları.	87
Tablo 4.33: Beklenen bölüm açıklayıcı faktör analizi sonuçları.	89
Tablo 4.34: Normallik sınaması sonuçları.....	90
Tablo 4.35: Wilcoxon bağımlı grup testi sonuçları.	91

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
m	: Toplam faktör sayısı
SQ	: Ortalama fark puanı
k	: Ağırlık katsayısı
Σ	: Toplam sembolü

Kısaltmalar	Açıklama
KBS	: Klinik Biği Sistemleri
IBM	: International Business Machines
CAHPS	: Consumer Assessment of Health Service Providers and Systems
HPWS	: High Performance Work System
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
SBS	: Sağlık Bilişim Sistemleri
PACS	: Picture Archiving and Communications System
CA	: Cronbach Alpha
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
Ar-Ge	: Araştırma ve Geliştirme

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MODÜLERLİK VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif ÇETİN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı

Danışman : Doç. Dr. Dilek YILMAZ BÖREKÇİ

Modülerlik, karmaşık bir sistemin gevşek bağlılığa sahip standart arayüzlerle etkileşen alt sistemlerden oluşur hale getirilerek düzenlenmesine yönelik bir yaklaşımdır. Modülerlik ilkesi ilk olarak ürün geliştirmede ve yazılım mühendisliğinde etkili bir şekilde uygulanmış ve daha sonra bu ilke finansal hizmetler, lojistik ve hastanecilik gibi farklı sektörlerdeki hizmetlere yayılmıştır.

Bilişim teknolojilerinin sağlık sektörüne dâhil olması sağlık hizmetleri sunumunun potansiyelini arttırmıştır. Hizmet platformunun güvenilirliği, yaşam kalitesine etkisi, bilgilerin gizliliği ve memnuniyeti sağlayıp sağlamadığı noktasında bu hizmetlerin kalitesi merak konusu olmuştur. Bu çalışmada modül, modülerlik kavramı, modülerlik çeşitleri ve hizmet modülerliği ayrıntılı olarak incelenmiştir. Gelişen sağlık hizmetleri ve bu süreçte sağlık hizmetlerine dâhil olan modüler teknolojik yapıların hizmet kalitesine etkisini ölçmek amaçlanmıştır. Devlet hastanesi, kanser tarama merkezi, e-nabız ve I.basamak sağlık kuruluşlarından oluşan modüler yapının Bolu ili I.basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan müşterilerin memnuniyetine etkisi SERVQUAL analizi kullanılarak açıklanmıştır. Memnuniyet üç farklı I.basamak sağlık kuruluşundan hizmet alan 280 hastaya (müşteriye) yapılan anket verilerine dayanarak hesaplanmıştır.

Mayıs 2019, 109. sayfa.

Anahtar kelimeler: Modül, modülerlik, modülerlik çeşitleri, modülerlik çeşitleri, hizmet modülerliği, sağlık hizmetlerinde modülerlik.



SUMMARY

MODULARITY AND CUSTOMER SATISFACTION IN HEALTHCARE SERVICES

M.Sc. THESIS

Elif ÇETİN

**Istanbul University-Cerrahpasa
Institute of Graduate Studies
Department of Industrial Engineering**

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Dilek YIMAZ BÖREKÇİ

Modularity is an approach in which a complex system is transformed into loosely coupled subsystems and standard interfaces are used to help companies organize their products and operations. The modularity principle was first applied in product development and software engineering efficiently and since then this principle has been extended to services in different industries, such as financial services, hospitals, and networking.

The inclusion of information technologies in the health sector has increased the potential of providing health services. The reliability of the service platform, its impact on the quality of life, the confidentiality and satisfaction of the information provided by the quality of these services has been the subject of curiosity. In this study, modularity concept, modularity types and service modularity are examined in detail. The aim of this study is to measure the effect of developing health services and the modular technological structures involved in health services on the service quality. The effect of modular structure consisting of the public hospital, cancer screening center, e-nabız and primary healthcare on the satisfaction of the customers receiving service from family medicine center in Bolu province is explained by

using SERVQUAL analysis. Satisfaction was calculated based on the survey data of 280 patients (clients) who received service from three different family medicine center. May 2019, 109 pages.

Keywords: Module, modularity, modularity types, service modularity, modularity in healthcare service.



1. GİRİŞ

Teknoloji ve iletişim alanında yaşanan gelişmeler, müşteri beklentilerinin sürekli değişmesi sebebiyle yeni ürün ve hizmetlerin kısa sürede geliştirilmesini, üretilmesini, pazarlanmasını sağlamış ve yeni pazarlara girişi kolaylaştırmıştır. Fakat bu gelişmeler, rekabet yoğunluğunun ve ürün karmaşıklığının artmasına sebep olmuştur. Bu karmaşıklık artışı, organizasyonların değişen koşullara uyum sağlamasını zorlaştırmış ve esnekliklerini azaltmıştır (Eriş ve diğ. 2015).

Modülerlik, modüllerin birbirine bağımlılığını en aza indirmek ve sistemin işlevselliğini kaybetmeden yeni yapılandırmalar elde etmek için modülleri karıştırılabilen ve eşleştirilebilen karmaşık bir sistemin özünü oluşturmaktadır (Campagnolo ve Camuffo, 2010). Modülerlik, ürün, organizasyon ve firmalar arası ağ mimarisinin tasarım özelliğidir, modülerleştirme, firma sınırlarını ve endüstri alanlarını şekillendirirken bu tasarımları etkileyen bir süreçtir ve modülerlik, çok çeşitli küresel ekonomik olayların sınıflandırılmasını ve yorumlanmasını yönlendiren bilişsel bir çerçevedir (Macduffie, 2012).

Modülerlik, organizasyon birimleri ve şirketlerin sınırları temel alınan teknolojik modüllerin sınırlarıyla eşleşebileceğinden kuruluşlar ve ekonomi için önemlidir (Baldwin, 2015). Bu sebeple değişen sektörlerde benimsenmiş ve uygulanmış temel organizasyon ve yönetim teorisi, aynı zamanda modülerlik, karmaşık ürün ve süreçleri daha verimli organize etmeyi sağlayan bir stratejidir (D'Addero ve diğ. 2014). Modülerleştirme ise genel olarak karmaşıklığı verimli bir şekilde organize etmek ve sistemin bakış açısından, bir sistemin bileşenlerinin ayrıştırılma ve yeniden birleştirilme derecesini ifade etmektedir (Blok ve diğ. 2014).

1960'ların ortalarından beri, pek çok alanda modülerleştirme süreçleri gözlemlenmiştir (Baldwin, 2015). Süreç modülerliği, hızla değişen teknolojiler, hızlandırılmış ürün geliştirme döngüleri ve gelişmiş müşteri talepleri ile ilgili zorlukların aşılabilmesi için olası bir yaklaşımdır (Vickery ve diğ. 2016). İlk olarak IBM'de, bilgisayar tasarım, üretim ve pazarlamada karşılaşılan sorunları çözmek için ortaya çıkmıştır (Baldwin, 2015).

Modülerlik firmaların karmaşık ürün ve süreçleri daha verimli organize etmelerini sağlayan, değişik sektörlerde birçok organizasyon tarafından benimsenmiş ve uygulanmış temel organizasyon ve yönetim teorisidir (D'Adderio ve Pollock, 2014).

Küreselleşen ve serbestleşmiş iş ortamında, hizmet sektörü, kârlı iş yollarının gerekliliklerini karşılamak için sıkı rekabetle karşılaşmaktadır. Bu bir kuruluşun yatırım geri dönüşü, müşterilerin elde tutulması, hizmet ve hizmet kalitesinin kabulü, marka imajının geliştirilmesi ve güçlendirilmesi açısından hayatta kalmasına yansır.

Hizmet sektöründe başarıya giden itici gücün, yüksek kaliteli hizmetin sağlanması olduğu anlaşılmaktadır. Artan rekabet çağında, hizmet kalitesinin artırılması ve ölçümü, verimlilik ve işin büyümesi için önemli konulardan biridir. Oliver (1980) 'e göre, hizmet ve imalat sanayilerinde kalite geliştirme; müşteri memnuniyetine etki eden ve tüketicilerin satın alma eğilimini arttıran temel faktördür (Chakraborty ve Majumdar, 2011). Bazı diğer teorisyenler de kalitenin tüketici memnuniyetinin belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir (Radwin, 2000). Birçok şirket, müşteri memnuniyetini yüksek seviyeye taşımak için hizmet kalitesi konularına odaklanmaktadır (Kumar ve diğ. 2018).

Sağlık sektöründe, diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi müşteri memnuniyeti önemli bir konudur (Shabbir ve diğ. 2010). Bir sağlık kuruluşu hastaların beklentilerini ve sağlık hizmetlerinde sürekli iyileşmeyi göz önünde bulundurarak ve kaliteli hizmet sunarak hasta memnuniyetini sağlayabilir (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

İkinci bölümde modülerlik kavramı ve çeşitleri ayrıntılı olarak ele alınmış ve sağlık sektöründe modülerliğe değinilmiş, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti kavramları açıklanarak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti detaylı olarak incelenmiştir. Hizmet kalitesi ölçüm yöntemlerinden en etkin olarak kabul edilen SERVQUAL yöntemi yapılan eleştiriler ile birlikte ayrıntılı olarak incelenmiş ve diğer hizmet kalitesi ölçüm yöntemlerine kısaca değinilmiştir.

Üçüncü bölümde ise çalışmanın araştırma kısmı bulunmaktadır. Bu bölümde konu olarak seçilen hizmet sektöründe büyük bir yere sahip olan sağlık kuruluşlarında modülerliğin etkilerini görmek amacıyla araştırmalar yapılmıştır. Teknolojinin gelişmesi ve modüler teknolojik yapıların sağlık hizmetlerinde kullanımının artmasıyla bu modüler yapıların bilincinde olan ve olmayan hastaların memnuniyetine etkisini ölçmek amaçlanmıştır.

Dördüncü bölümde modülerliğin sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetine etkisi iki farklı SERVQUAL analiz bulguları ile detaylı olarak açıklanmıştır.

Çalışmanın son bölümünde yapılan analizlerin SERVQUAL sonuçlarına neden olan etkenler doğrultusunda modülerliğin müşteri memnuniyetine etkisi tartışılmıştır. Memnuniyetin artırılmasını sağlayacak önerilerde bulunulmuştur.



2. GENEL KISIMLAR

2.1. MODÜLERLİK

Biraraya geldiklerinde bir bütünü oluşturan, farklı görev ve işlevleri bulunan birimler modül olarak adlandırılmaktadır. Modüller istenilen boyutlarda, bir araya gelerek büyüyebilir ve yer değiştirebilirler (Demirtola ve Atilla, 2013). Modülerlik karmaşık bir sistemin gevşek bağlılığa sahip ayrı ayrı alt sistemler haline getirilmesi ve standartlaştırılmış arayüzlerle ilişkili merkezi olmayan koordinasyon, şirketlerin ürün ve operasyonlarının düzene girmesine yardımcı olarak karmaşıklığın yönetilmesini sağlamaktadır (D'Adderio ve Pollock, 2014).

Modülerlik, ürün geliştirme, süreçler, yazılımlar ve sistemler bağlamında etkili bir kavramdır (Dörbecker ve Böhmman, 2013). Ürünler organizasyonların ve firmalar arası ağların mimarisinin tasarım özelliğidir. Modülerleştirme ise bu tasarımları etkileyen, firma sınırlarını ve endüstri alanlarını şekillendiren bir süreçtir (Macduffie, 2012). Modülerleştirme genel olarak karmaşıklığı verimli bir şekilde organize etme yaklaşımıdır ve sistemin bakış açısından bir sistemin bileşenlerinin ayrıştırılma ve yeniden birleştirilme derecesine değinmektedir (Schilling, 2000).

Modüler sistem, gevşek bağlı olan (tam anlamıyla bütün olmayan), ama bir bütün olarak işlev gören modüllerden oluşur (Demirtola ve Atilla, 2013). Modüler bir sistem oluşturmak için belirli tasarım kuralları uygulanmalıdır ve 3 kategoriye ayrılmaktadır:

- 1.Yapı (mimari): Hangi modüllerin sistemin parçası olacağı ve fonksiyonlarını belirtir.
- 2.Ara birim (arayüzler): Modüller arasında nasıl bir etkileşim olacağını tanımlar, birbirlerini ne şekilde etkilediklerini ve birbirlerine nasıl bağlanacaklarını açıklar.
- 3.Standartlar: Sistem bileşenlerini bir araya getirir ve bir modülün tasarım kurallarına uygunluğunu test etmek için kullanılır (Eriş ve diğ. 2015).

Modüler sistemin özellikleri:

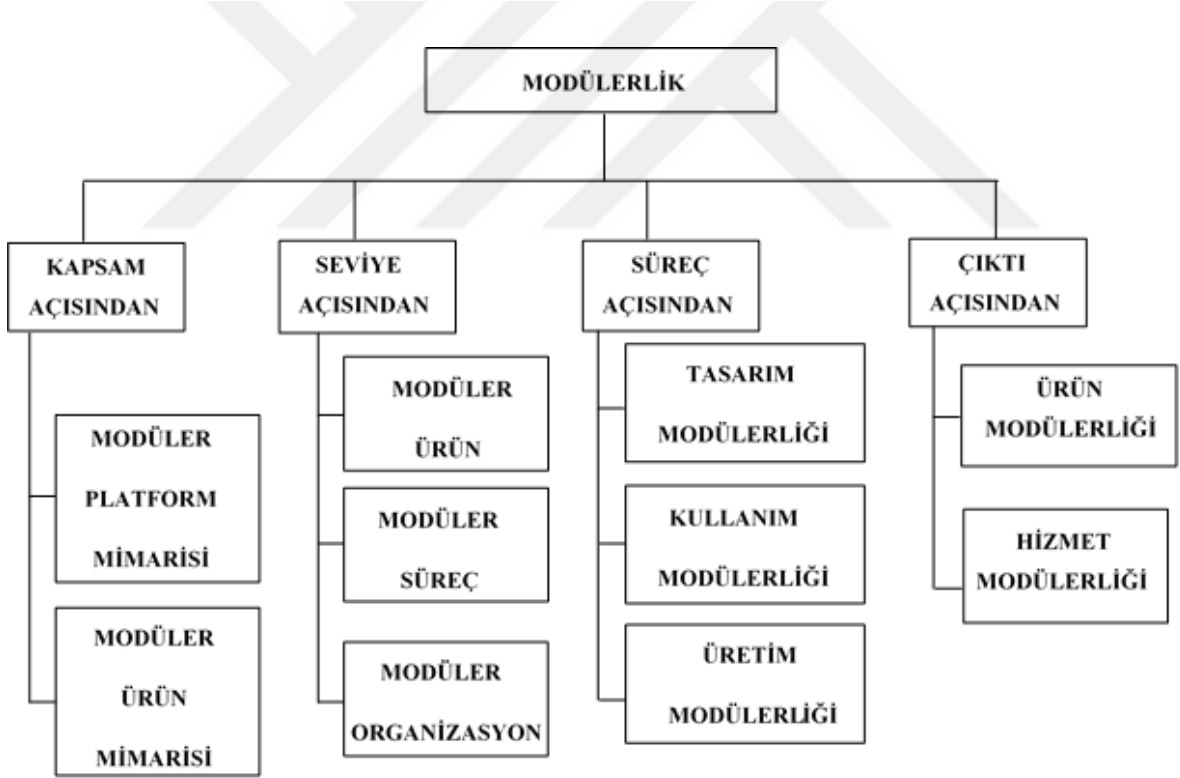
- Bileşenlerin ayırt edici özellikleri,
- Modüller arasında gevşek ve sıkı bağlılık,
- Fonksiyonlar ve bileşenler arasındaki eşlemenin açık bir şekilde anlaşılır olması,

- Arayüzlerin standardizasyonu,
- Koordinasyon (eşgüdüm) seviyelerinin düşük olmasıdır.

Modüler sistemin özelliklerini tek bir tanımla birleştirmek zor olsa da; bir sistem, her bileşen ve işlevleri arasında net bir ilişki bulunan ve bileşenleri birbirine bağlayan ve koordinasyonu düşük seviyelerde olan iyi tanımlanmış standartlaştırılmış arayüzler arasında gevşek şekilde birbirine bağlı olan farklı özerk (otonom) bileşenlerden oluştuğunda modülerdir (Wolters, 2002).

2.2. MODÜLERLİK ÇEŞİTERİ

Modülerlik kavramı kapsam, seviye, süreç ve çıktı olarak 4 ana başlık altında ele alınabilmektedir. Bu başlıkların alt bölümlere ayrılarak ayrıntılı olarak incelenmesi mümkündür.



Şekil 2.1: Modülerlik çeşitleri (Demirtola ve Atilla,2013).

2.2.1. Kapsam Açısından Modülerlik

2.2.1.1. Modüler Platform Mimarisi:

Esneklik gereksinimleri sürekli farklılaşan ve sorunları birbiriyle ilişkili olarak düzenlenmiş, örgütlenmiş süreçler ile çözülebilen yapılardır (Demirtola ve Atilla, 2013). Modüler platform mimarisi ile çeşitli varyantlarda, arayüz modülleri ile platformların yapılandırılması hatta tekrar tekrar yapılandırılması maliyet tasarrufu ile mümkün olmaktadır (Mosher ve Young, 2007).

2.2.1.2. Modüler Ürün Mimarisi:

Ürün mimarisi, bir ürünün işlevinin fiziksel bileşenlere ayrıldığı şemadır (Ulrich, 1995). Modüler ürün mimarisi bileşenler arasında paylaşılan arabirimlerin standartlaştırıldığı ve ürün aileleri arasında bileşenlerin kullanılabilirliğini arttırmak için tasarlandığı düzeni ifade etmektedir (Voss ve Hsuan, 2009). Modüler ürün mimarisi ürün çeşitliliğini maliyet etkin bir şekilde sağlayabilmektedir (Sorkun ve Furlan, 2017).

2.2.2. Seviye Açısından Modülerlik

2.2.2.1. Modüler Ürün:

Farklı yapı bloklarının (modüller) kombinasyonu ile çeşitli işlevleri yerine getiren ürünler, montajlar ve bileşenleri içermektedir (Huang, 2000).

2.2.2.2. Modüler Süreç:

Modül sınırında 'ince geçiş yerleri' oluşturmak için işlevleri planlama ve sonrasında arayüzlerin bunları barındırabileceğini belirlemek için modüller arasında kalan bağımlılıkları öğrenip kontrol etmeyi içermektedir (Macduffie, 2012).

2.2.2.3. Modüler Organizasyon:

Modüler organizasyon, koordinasyon, coğrafya, kültür ve elektronik bağlantı gibi çeşitli etkenlere ilişkin örgütsel birimlerin ayrışma derecesini belirtmektedir (Fine ve diğ. 2005). Modüler organizasyonlar modüler ürünlerden meydana gelmektedir. Diğer bir deyişle, bir ürünün mimarisinin, o ürünün geliştirme ve üretim faaliyetlerinin organizasyon üzerinde etkisi bulunmaktadır (Sorkun ve Furlan, 2017).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, endüstrilerin üretim süreçlerinin girdiler ve talepler açısından heterojenliğinin, modülerlik seviyeleri ile pozitif olarak ilişkili olduğu görölmektedir. Yüksek düzeyde girdi ve talep heterojenliğine sahip endüstrilerdeki firmaların, anlaşmalı olduğu firmalar ve alternatif iş düzenlemelerinin kullanımı gibi modüler organizasyonel formlar tarafından sağlanan esnekliğe, daha fazla değer kattığı görölmektedir (Schilling ve Steensma, 2001).

2.2.3. Süreç Açısından Modülerlik

Langlois (2002), modüllerin, standart ara yüzler veya bağlantılar yoluyla birbirleriyle iletişim kuran ayrıık parçalar olduğunu öne sürmektedir. Ürün modülerliği, “tasarımda modülerlik” e karşılık gelir iken, süreç modülerliği ise “üretimde modülerlik” e karşılık gelmektedir (Vickery ve diğ. 2016).

Süreç modülerliği nispeten yeni bir kavramdır. Üretim süreci modüllerinin standart hale getirilmesi, ürünlerin kolayca yeniden üretilebilmeleri veya değişen ürün gereksinimlerine cevap olarak yeni modüllerin hızla eklenebilmelerini sağlar.

Modüller arasındaki bağlantının tanımlanabildiği iki süreç bulunmaktadır: zaman ve mekan. Süreç mimarileri hem zaman hem de mekanda bütünleşik, ya da hem uzay hem de zaman içinde dağılmış (modüler) olarak entegre edilebilirler (Voordijk ve diğ. 2018).

Feitzinger ve Lee (1997), süreç modülerliğinin üç prensibe dayandığını ileri sürmüşlerdir:

1. Süreç standardizasyonu: Süreci, temel birimleri daha da özelleştirmek için standart ana birimler ve bu birimleri de özelleştiren standart alt işlemlere ayırma;
2. Prosesin yeniden boyutlandırılması: Alt işlemlerin yeniden düzenlenmesi, böylece özel alt işlemlerin en son meydana geldiği sırada standart alt işlemlerin gerçekleşmesi;
3. Süreç ertelenmesi: Müşteri siparişi alınana kadar özelleştirme alt işlemlerinin ertelenmesi veya bu alt işlemlerin dağıtım merkezlerine maksimum esneklik sağlamak için yerleştirilmesi.

Süreç modülerliği; gevşek şekilde birleştirilmiş modüler tasarıma imkân sağlar ve böylelikle firmaların bileşen paylaşımı ile özelleştirmenin maliyetini en aza indirmelerini ve yeniden

yapılandırılabilir standart arayüzler aracılığıyla ürün çeşitliliğinin esnekliğini en üst düzeye çıkarabilmelerini sağlamaktadır (Tu ve diğ. 2004).

Süreç açısından modülerlik; tasarım modülerliği, kullanım modülerliği, üretim modülerliği olarak alt birimlere ayrılmaktadır.

2.2.3.1. *Tasarım Modülerliği:*

Modülerlik, farklı tasarımları karakterize etmemize yardımcı olan bir kavramdır. Modüler tasarımlar gevşek olarak birleştirilir; bu durum bir modülde yapılan değişikliklerin diğerleri üzerinde çok az etkiye sahip olmasını sağlamaktadır (MacCormack ve diğ. 2012). Modüler tasarım, bileşenlerin yüksek düzeyde etkileşimli olmasını amaçlamaktadır (Huang, 2000).

Bir ürünün tüm yaşam döngüsü boyunca çevresel yükleri ve maliyetleri en aza indirmek için, yeterli yaşam döngüsü tasarımı ve ürün tasarımı vazgeçilmezdir. Bir ürünün tüm yaşam döngüsünü göz önünde bulundurarak, parçalanabilirlik, bakım kolaylığı, yükseltilebilirlik, yeniden kullanılabilirlik ve geri dönüştürülebilirlik gibi aynı yaşam döngüsü işlemlerinden geçen bileşenleri geliştirmek için tek bir modülde gruplandırılması gerekmektedir. Literatürde modüler tasarım yöntemleri, genellikle imalat veya montaj kolaylığı açısından araştırıldığı görülmektedir (Bryan ve diğ. 2007).

2.2.3.2. *Kullanım Modülerliği:*

Dış kaynak kullanımını kolaylaştırarak organizasyonların dışsal kaynaklardan etkin bir şekilde faydalanmalarını sağlamaktadır (Eriş ve diğ. 2015).

2.2.3.3. *Üretim Modülerliği:*

Görevleri gruplama ve bu görevleri modül üyelerine yönlendirmeyi gerektirmektedir (Dunlop ve Weil, 1996). Modüler üretim sürecinde ilk aşama olarak kullanıcı ile ilgili bir ürün özelliğinin her bir modifikasyonunun ayrı bir işlemde yapılması gerekir, yani ürün tasarımları ile ürün fonksiyonları ve fiziksel bileşenler arasındaki bire bir eşleşme yapılması gerekmektedir. İkinci olarak, işlemler arasındaki arayüzlerin belirtilmesi ve ayrılması gerekmektedir. Böylelikle modüler üretim süreci, üretim ile ilgili özellikler bakımından tek bir işlemdeki değişikliğin, üretim nesnesini etkilemeden değişikliklere izin vermesini sağlamaktadır (Buenstorf, 2005).

2.2.4. Çıktı Açısından Modülerlik

2.2.4.1 Ürün Modülerliği:

Modülerlik, bir ürünün alt bileşenlere ayrılmasından ortaya çıkar, bileşenlerin standartlaştırılmasını ve ürün çeşitliliğini arttırmaktadır (Gershenson ve diğ. 1997). Yeni ürün geliştirme süresini kısaltmak ve müşterilere hızlı ve ucuz bir şekilde özelleştirilmiş ürün yelpazesi sunmak için şirketler üzerindeki baskı giderek artmaktadır. Birçok firma yeni ürün geliştirme süreci yeteneklerini organizasyon ve tedarik zinciri yönetimi yetenekleriyle bütünleştirmenin daha iyi yollarını aramaktadır.

Günümüzde karşımıza çıkan yeni ikilem, sadece ölçek ekonomisinden kazanç sağlamak değil (seri üretime yönelik bileşenlerin standardizasyonu yoluyla), aynı zamanda kapsam ekonomilerinden (kişiselleştirme, yeniliklerin artması, esnek üretim sistemlerine sahip ürün varyasyonları ile), tedarik esnekliği ve hızlı müşteri duyarlılığı (toplu reklamcılık ve dağıtım aracılığıyla) ile kazanım sağlamaktır (Mikkola, 2006).

Ürün modülerliği, göreceli olarak oluşturulmuş teknik kavram olmasına rağmen, literatürde ürün modülerliğine ilişkin ilgi giderek artmaktadır. Bunun nedeni, ürün modülerliğinin, kitlesel kişiselleştirme konusundaki popüler araştırmalar arasında önemli bir yer tutmasıdır (Salvador, 2007). Ürün modüleritesi, ürünün bir parçasındaki değişikliğin sistemi oluşturan diğer parçalarda herhangi bir değişikliğe gereksinim duyulmamasıdır (Demirtola ve Atilla, 2013). Ürün modülerliği; platform, arayüz, arayüz mekanizmaları, bileşen ortaklığı, kombine edilebilirlik, işlev bağlama ve gevşek bağlılık gibi bileşenlerden oluşmaktadır.

Platform: Ürün ailesini oluşturan ürün modüllerinin, üzerinde birleştirilmesinde kullanılan; yazıcı, otomobil şasisi, asansör gibi ortak yapılardır.

Arayüz mekanizmaları: Bir ürün, arayüzlerin alt sistemlerin etkileşim ve ilişkilendirme özelliklerini sağladığı belirli amaçlar için var olan bir teknik sistem olarak ele alınmaktadır. Arayüz, bu sistemde yer alan bileşenlerin kendi aralarındaki ve sistemle olan etkileşimlerini tanımlamaktadır. Arayüzler bağlantı kurma, aktarma, dönüştürme ve kontrol etme gibi fonksiyonlara sahiptir (Chen ve Liu, 2005).

Arayüz mekanizmaları 3 farklı şekildedir:

- Mekanik: Modüllerin birleşiminde kullanılan mekanik kısımlardır. Boyut, konum, ısı iletkenliği gibi malzeme ve tasarım özelliklerini içeren arayüzlerdir.
- Elektrik: Voltaj, akım taşıma kapasitesi gibi elektrikle ilgili tasarım parametrelerine bağlı arayüzlerdir.
- Veri: Yazılım modülleri gibi verisel tasarım parametrelerine sahip arayüzlerdir (Barut, 2004).

Bileşen Ortaklığı: Bileşen ortaklığı, iki veya daha fazla ürünün montajında aynı bileşenlerin kullanıldığı bir üretim ortamını ifade etmektedir (Mirchandani ve diğ. 2002).

Kombine Edilebilirlik: Belirli bir gruptan alınan bileşenlerin karıştırılması ve eşleştirilmesiyle farklı ürün konfigürasyonlarının elde edilebilmesidir (Salvador, 2007).

İşlev Bağlama: Teknik mühendislik tasarım literatüründe ürün modülerliğinde hâkim olan görüş ürünün işlevidir. Ürün, gerçekleştirdiği işlevler ve bu işlevlerin nasıl ilişkilendirildiğine bağlı olarak açıklanır.

Ürün modülerliği, farklı yapı taşlarını veya modülleri birleştirerek çeşitli genel işlevleri yerine getiren makineler, montajlar ve bileşenlerin tasarımını gerektirir. Farklı modüller, farklı modülleri birleştirerek elde edildiğinden, ürün modülleri belirli işlevleri yerine getirme kapasitesine sahiptir (Salvador, 2007).

Gevşek Bağlılık: Gevşek bağlılık kavramı ilk olarak Thompson tarafından, bir sistemi oluşturan bileşenler birbirine bağılyken, bir dereceye kadar bağımsızlık gösterebileceği, diğere bir ifadeyle karşılıklı ilişkilerinin gevşek olabileceği düşüncesi önerilmiştir.

Bir sistem gevşek bir şekilde bağlanmışsa, bir dereceye kadar daha küçük modüllere ayrılabilir. Böylelikle, karmaşık bir sistemi modüllere ayırmak, sistemin anlaşılmasını, tasarlanmasını ve inşa edilmesini kolaylaştırır (Salvador, 2007).

2.2.4.2. Hizmet Modülerliği:

Modülerlik kavramı sadece fiziksel ürün için değil, aynı zamanda esnek hizmet oluşturmak için de kullanılmaktadır (Yang ve Shan, 2009). Hizmet modülerliği incelendiğinde ürün modülerliği gibi çıktı açısından modülerlik başlığı altında sınıflandırıldığı görülmektedir. Aynı başlık altında yer alsalar da aralarında büyük farklılıklar bulunmaktadır.

Hizmet genellikle bir süreç olarak tanımlanmaktadır ve müşteriye özgü çeşitli konfigürasyonlara entegre edilmiş maddi ve maddi olmayan faaliyetlerin birleşiminden

oluşmaktadır (Carlborg ve Kindstöm, 2014). Hizmet, müşteri gereksinimlerini karşılamak için müşteri ve hizmet personeli arasındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır (Ma ve diğ. 2011).

Hizmet modüleritesi ise hizmet ve bakım süreçleri açısından ürünlerdeki diğer bileşenlere en az bağımlılık gösteren ürün modüllerinin geliştirilmesidir. Hizmet modülleri genel hizmet süreçleri açısından incelendiğinde, bir ürün modüler olabilir, fakat emek söz konusu olan bazı süreçlerde çok modüler olmayabilir. Bu sebeple, hizmet modülerliğini tanımlanırken, hizmet modunun yanı sıra emek operasyonları da göz önüne alınmalıdır. Hizmet modüleritesinde, hizmetin her ürün niteliği üzerindeki etkisinin hesaba katılması önemlidir (Gershenson ve Prasad, 1997).

Hizmet modülerliği servis modülü; süreçlerde modülerlik ve organizasyon modülerliği olmak üzere üç ögeyi içermektedir (Pekkarinen ve Ulkuniemi, 2008). Belirtilen üç unsur modülerliğin müşteri değeri algılamasını etkileyebilecek farklı yolları keşfedebilmek için kullanılır (Rahikka ve diğ. 2011). Hizmet geliştirmede modülerliği kullanabilmek için, bu üç unsurun her birinin dikkate alınması gerekmektedir.

Bir müşteri tarafından görülebilen bir servis, bir veya birkaç servis modülü tarafından birleştirilebilir. Süreçler söz konusu olduğunda, bir hizmet üretim sürecinin, bilgi işlem ya da fiziksel işlemlerle ilgili olan bir ya da birkaç süreç modundan birleştirilebildiği görülmektedir. Organizasyonda modülerlik ise firmanın kendi ve diğer firmaların kaynaklarını esnek bir şekilde kullanmanın bir yolu olarak görülmektedir (Pekkarinen ve Ulkuniemi, 2008).

Literatürde hizmet modülerliği incelendiğinde; maliyet indirgeme, hizmet kalitesi yaratmak, hizmetin özelleştirilmesi (kişiselleştirme), arayüz standardizasyonu, hizmet çeşitliliği, hizmetin standardizasyonu, hizmet geçişlerini kolaylaştırma, karmaşık sistemlerin basitleştirilmesi, hizmet modüllerinin yeniden kullanılabilirliği, müşteri memnuniyeti, gevşek bağlılık, hizmetin yeniden tasarımı, esnekliğin artması, yeni hizmet tasarımı ve müşteri değer algısı yaratmak gibi etkilerinin olduğu görülmektedir.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MODÜLERLİK

Sağlık sektörü, nüfus sağlığını ve hasta deneyimlerini iyileştirmek ve aynı zamanda maliyetleri azaltmak için büyük zorluklarla karşı karşıyadır (Silander, 2017). Sağlık hizmetleri, yaşlı bakım ve hastane bakımı gibi farklı hizmet alanlarından oluşan, farklı şekillerde yönetsel yöntemlere tepki veren heterojen bir endüstridir (Dranove, 1998; Lillrank ve diğ. 2015).

Sağlık hizmet sağlayıcılarının ihtiyacı olan herkesi tedavi etmeleri gerekmektedir (Bohmer, 2005). Bu nedenle, sağlayıcılar belirli hasta segmentlerinde hizmet üretimine odaklanmak için hastalarını seçemezler. Bu durum varyasyonu arttırmaktadır: hasta ihtiyaçları, bireyler ve hasta grupları arasında farklılık gösterdiğinden hem özelleştirilmiş hem de standart hizmetler gerektirmektedir. Özellikle hem orta hem de üçüncü basamak bakımın sağlandığı üniversite hastanelerinde bu durum belirgin olarak görülmektedir (Silander ve diğ. 2017).

Tedavi edilen hastalar, standart yüksek hacimli tıbbi ihtiyaçlara sahip olanlardan, klinik olarak araştırılmış hastalara veya nadir hastalıkları olan hastalara, yüksek oranda özelleştirilmiş ihtiyaçları olanlara kadar değişebilir. Tedaviler farklı uzmanlık alanlarındaki doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler ve beslenme uzmanları gibi çeşitli profesyoneller tarafından yapılmaktadır. Günümüzde, farklı hastane sağlık hizmetleri genellikle farklı tıbbi uzmanlıklar altında sınıflandırılmaktadır. Yani hizmetler, hastaların ihtiyaç duydukları farklı uzmanlık hizmetlerini üreten servislerde yatan hasta bakımı gibi uzmanlık bölümlerine göre ayrılmaktadır (Silander ve diğ. 2017). Bu nedenle, sağlık hizmetleri genellikle farklı bölümler ve servis sağlayıcılar arasında bölünmekte bölümler arasında bilgi akışı ve koordinasyon eksikliği ortak hedefleri engellemektedir. Benzer hizmetler, hizmet üretiminde işbirliği yapmadan farklı uzmanlıklar veya sağlık birimleri altında üretilebilmektedir (Yen ve diğ. 2010). Ayrıca, uzman hastane bakımında çeşitli profesyoneller tarafından gerçekleştirilen özelleştirilmiş ve standartlaştırılmış hizmetleri eşzamanlı olarak üretme zorunluluğu, hizmet üretiminin karmaşıklığını arttırarak, modülerleşmeyi zorlaştırabilmektedir (Silander ve diğ. 2017).

Karmaşıklık ve çeşitli hasta ihtiyaçları geleneksel olarak hasta-hekim ilişkisi içinde yönetilir. Sonuç olarak, profesyonellik, özerklik (Cruess ve diğ. 2002), hekimler ve diğer personel arasındaki hiyerarşik seviyelerle karakterize, farklı bölümlere ayrılmış sağlık hizmeti birimleri veya bölümlerinde sıkı bir şekilde birleşmiş, entegre hizmet mimarisi geliştirilmiştir. Deneyim, karar vermede ve her ikisinde de prensip olarak modülerlikle çelişen özelleştirilmiş hizmetlerin sunulmasında önemli bir rol oynar. Bazı hizmetler seri üretilse de, seri üretim ile profesyonellik arasında çelişkiye yol açan hastane hizmetleri profesyonellik ve özerklik uzmanlık alanlarının sunumu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Silander ve diğ. 2017). Çelişki, uzmanlar ve hastalar arasındaki karakteristik olarak dik bilgi asimetrisi ile birleştirilir (Lanseng ve Andreassen, 2007). Bu asimetri, hastaların tıbbi istek ve ihtiyaçları arasında

ayrım yapamayacağı için hizmetlerin birlikte oluşturulmasını kısıtlar (Berry ve Bendapudi, 2007; Lillrank ve diğ. 2010). Daha önce belirtildiği gibi, asimetri, sağlık hizmetlerinde hizmet modülerliğinin önemli bir parçası olan hasta katılımını zorlaştırabilir (de Blok ve diğ. 2010a).

Modüler hizmetlerin en önemli unsurları: servislerin iyi tanımlanmış modüller halinde ayrıştırılması ve modüller arasında minimum bağımlılık derecesiyle bağlı olması, modüllerin birbirlerine, standartlaştırılmış arayüzlerle bağlanması ve müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için hizmetleri özelleştirmek için modüllerin yeniden birleştirilebilmesidir (Silander ve diğ. 2017). Bu unsurlardan yola çıkarak farklı hasta segmentlerinin olması, hasta ihtiyaçlarının kişiden kişiye değişmesi, hastaların farklı bölümlerdeki doktorların ve sağlık çalışanlarının (hemşireler, fizyoterapistler ve beslenme uzmanları gibi) koordinasyonu ile tedavi edilmesi gerekliliği, sağlık hizmetlerinin uzmanlık bölümlerine göre ayrılıyor olması, karmaşıklığın söz konusu olması sağlık sektöründe modülerliğin ön plana çıkmasını sağlamıştır.

Modüler servis mimarisinde, sağlık bakım profesyonellerinin koordineli işbirliği, bakımın sürekliliğini ve sıklıkla bölümlenmiş bağımsız servis alt birimlerinin etkin kullanımını geliştirmek için gereklidir. Farklı modülleri çeşitliliği destekleyecek şekilde bağlamak için kesintisiz bağlantı gereklidir (Chorpita ve diğ. 2005).

Modülerleştirme ve kitlesel kişiselleştirme, seri üretim ve standardizasyonun avantajlarından yararlanırken sağlık hizmetlerinde çeşitliliği ve kişiselleştirmeyi artırmanın umut verici bir aracı olarak görülmektedir (Silander ve diğ. 2017). Standardize edilmiş sağlık hizmetleri bilgi asimetrisinin azaltılmasına yardımcı olur ve standartlaştırılmış arayüzler hasta akışını artırır (Vähätalo ve Kallio, 2015). Modülerleştirme ve modüler hizmet mimarisi, bilgi akışını ve bakım koordinasyonunu kolaylaştırmak ve maliyetleri azaltmak için bir araç olarak kullanılabilir (Meyer ve diğ. 2007; Soffers ve diğ. 2014). Modülerlikte arayüzlerin amacı çeşitlilik ve tutarlılığı sağlamaktır (de Blok ve diğ. 2014). Sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmalar; hizmet modülerliğinde arayüz teorisi geliştirmek (de Blok ve diğ. 2014) ve kişiselleştirmenin modülerlikte kullanımını incelemek (de Blok ve diğ., 2013) gibi hizmet modülerliği araştırmalarına büyük katkılar sağlamıştır. Fakat bazı araştırmalar, sağlık personelinin, profesyonel özerkliğe aykırı olabileceği için arayüzlerin belirlenmesine karşı çıkabileceğini göstermektedir (van der Laan, 2015). Çalışmalar, modülerleşmenin hem bakımdaki özelleştirmeyi artırmak (de Blok ve diğ. 2013) hem de sınırlamak için kullanılabilirliğini gösterdiğinden, sağlık hizmetlerinde modülerleşmenin yararlarına ilişkin

kanıtlar tutarsızdır (Vähätalo ve Kallio, 2015). Standardizasyon, etkili modülerleşmenin ön şartıdır, fakat kişiselleştirme; rekabet, yeni hizmet ve teknolojik yenilikleri kısıtlayarak da zorlayabilir (Vähätalo ve Kallio, 2015).

Sağlık sektöründe modülerlik çalışmaları incelendiğinde, zihinsel bakım (Bushe ve diğ. 2008; Chorpita ve diğ. 2005; Silander ve diğ. 2017; Soffers ve diğ. 2014), yaşlı veya evde bakım gibi alanlarda (de Blok ve diğ. 2010a, b, 2013, 2014) ve sağlık sigortası şirketlerinde (Dörbecker ve diğ. 2013) gerçekleştirildikleri görülmektedir. Sağlık sektöründeki modülerliğin hastane bağlarına da çalışmalarda yer verilmiştir (Bohmer, 2005; Silander ve diğ. 2017; Meyer ve diğ. 2007), bu sebeple, uzmanlaşmış hastanecilik hizmetlerinin özelliklerinin modülerleşme sürecini nasıl etkilediği ve sonuçları araştırmalarda dikkate alınmalıdır (Silander ve diğ. 2017).

2.4. HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

Kalite kavramı, temel olarak hizmetlere odaklanmaya, hizmetlerin bileşenleri olarak ele alınan mallara (ürünlere) hizmet verilmeden, ürünlere odaklanılmasından dönüşmüştür. Bu dönüşüm hizmet sektörlerinde hizmet kalitesinin önemini arttırdığını göstermektedir. Hizmet sektöründe rekabetin artmasıyla hizmet kalitesi kavramı önem kazanmıştır. Yüksek hizmet kalitesi, maliyet azaltma, yatırım geri dönüşü ve verimliliğin artması için stratejik avantajlar sağlar (Akdere ve diğ. 2018)

Sanayi sektöründen sonra bilgi çağı ile birlikte hizmet sektörünün ekonomideki etkinliği artmıştır. Hizmet sektörü, hizmetin üretilmesi sunumu bakımından sanayi sektöründen farklı özelliklere sahiptir. Hizmetler soyut, heterojen, uzun süre dayanmayan ve üretimi ile tüketimi aynı anda olan, genellikle hizmet sektörü organizasyonlarınca sunulan ürünlerdir (Fletcher, 1995).

Hizmet kalitesi, yapılan hizmetin müşteriler tarafından genel değerlendirilmesi olarak kavramsallaştırılmıştır (Ganguli ve Roy, 2010). Hizmet kalitesi, sunulan hizmetin derecesinin müşteri beklentilerini ne kadar iyi karşıladığının bir ölçüsüdür, kaliteli hizmet sunan bir firma ise müşterilerin beklendikleri hizmeti dengeli bir şekilde yerine getirmek demektir. Hizmet kalitesi, beklenen ve algılanan hizmetlerden etkilenir. Servisler beklendiği gibi alınırsa, hizmet kalitesi müşteriyi tatmin eder, eğer alınan servisler beklentilerini aşarsa, müşteriler memnun olur ve hizmet kalitesi mükemmel olarak algılanır (Hussain ve diğ. 2015).

Hizmetler, müşterilerin talep ve beklentilerinin giderilmesi amacıyla üretilen somut olmayan ürünlerdir (Neal ve diğ. 1994). Hizmet; zaman, yer, biçim ve psikolojik fayda sağlayan ekonomik faaliyetler şeklinde tanımlanabildiği gibi, müşteri ile hizmeti sunan kişi, kurum veya kuruluşların birbirleri ile karşı karşıya gelerek iletişim kurmalarını zorunlu kılan sosyal faaliyetlerdir (Zerenler ve Öğüt, 2007).

Hizmet kalitesi somut olmaması ve üretim ile tüketimin ayrılmazlığı nedeniyle soyut bir kavramdır (Lee ve diğ. 2000). Yüksek hizmet kalitesi; maliyet azaltma, yatırım geri dönüşü ve artan verimlilik için stratejik avantajlar sağlar (Akdere ve diğ. 2018). Ürün kalitesi ile ilgili sahip olunan bilgi incelendiğinde hizmet kalitesini anlamak söz konusu olduğunda yeterli olmadığı görülmektedir. Hizmet kalitesinin tam olarak anlaşılması için hizmetlerin soyutluk, heterojenlik, ayrılmazlık, bozulabilirlik gibi özelliklerinin çok iyi tanımlanması gerekmektedir (Parasuraman ve diğ. 1985). Hizmet üretimi ile üretilen ürünler (mallar) arasında büyük farklar vardır. Bu farklılıklar kalite yönetimi yaklaşımı üzerinde etkilidir.

Farklılıklar şu şekildedir:

- Üretim ve tüketimin ayrılmazlığı;

Üretim ve tüketim sırasına göre fiziki mal ve hizmetler arasında belirgin bir fark vardır. Mallar (ürünler) önce üretildikten sonra depolanır ve son aşamada eş zamanlı olarak satılarak tüketilir, hizmetler de ise durum çok farklıdır; önce satılır, sonra eşzamanlı olarak üretilir ve tüketilir (Siddiqi, 2011). Birçok hizmetin üretimi ve tüketimi birbirinden ayıramaz (Carmen ve Langeard 1980, Parasuraman ve diğ. 1985). Hizmet sektörlerinde, çoğu zaman pazarlamacı, hizmeti, hizmetin tam veya kısmi tüketimi ile eş zamanlı olarak meydana getirir veya gerçekleşmesini sağlar. Dönüşümün açık bir şekilde görünür olması, kusurları veya kalite eksikliklerini saklamanın olanaksız olması anlamına gelmektedir. Tüketicinin teslimat akışına katılıyor olması, kontrolün neredeyse hiç olmadığı ve tüketicinin dâhil olduğu ek bir süreç etkenini meydana getirmektedir. Aynı zamanda, bir müşteri grubunun tavrı, diğer müşterilerin hizmet kalitesi algısını da etkilemektedir (Ghobadian ve diğ. 1994).

Örneğin emek yoğun hizmetlerde kalite, hizmet sunumu sırasında, genellikle müşteriyle hizmet firmasından irtibat kişisi arasındaki etkileşimde bulunmaktadır (Parasuraman ve diğ. 1985).

- Hizmetin soyutluğu;

Soyutluk, hizmetin ana özelliğidir. Hizmet satıştan önce sayılmaz, ölçülemez, test edilemez, doğrulanamaz ve stoklanamaz bu sebeple kaliteyi garanti edemez. Firmaların çoğu, müşterilerin hizmetlerini nasıl değerlendirdiğini değerlendirdiğini anlamakta zorlanmaktadır (Siddiqi, 2011).

Pek çok hizmet somut değildir. Hizmetler, nesnelere yerine performans olduklarından, kaliteye ilişkin imalat özellikleri nadiren belirlenebilir (Parasuraman ve diğ. 1985). Soyut özelliklerin fazla olması, üreticinin hizmeti açıklaması ve tüketicinin mümkün olan beklentilerinin saptamanın kolay olmadığı anlamına gelmektedir (Ghobadian ve diğ. 1994). Hizmetler kaliteyi sağlayabilmek için satış öncesinde tüketici tarafından görülemez, hissedilemez, sayılamaz, ölçülemez, envanter edilemez, test edilemez ve doğrulanamaz. Hizmetlerin soyut olması nedeniyle, firma tüketicilerin hizmetlerini nasıl algıladığını ve hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiğini anlamakta genellikle zorlanır (Zeithaml, 1981).

Bu sebeple, tüketici aralıksız olarak kalite belirtileri arar, örneğin; sözlü ifade, saygınlık, ulaşılabilir olmak, iletişim, fiziksel özellikler vb. Hizmetlerde, soyut kavramların, sözlü ifadesi ve itibarın satın alma kararlarındaki tesiri, somut ürün özelliklerinin tesirine göre çok fazladır. Bu durum, hizmet organizasyonlarına vaat ettikleri şeyleri ilk seferde sağlamaları konusunda daha büyük sorumluluk getirmektedir (Ghobadian ve diğ. 1994).

Ayrıca hizmet organizasyonlarında ön sırada bulunan personel ve fiziksel (somut) kuruluşlar, üretim ve pazarlamanın fonksiyonlarını yerine getirmektedir (Kumar ve diğ., 2018). Bunlar potansiyel müşteriler açısından kalite belirteci olarak görülmektedirler (Ghobadian ve diğ. 1994).

- Hizmetlerin bozulabilirliği;

Hizmetler bozulabilir ve daha sonraki bir tarihte tüketilmek üzere bir zaman aralığında depolanamazlar. Bu durum ürünlerin tam tersi olarak son aşamada kalite kontrolün olanaksız olması demektir. Hizmet sunucunun hizmeti her zaman ilk seferinde doğru şekilde gerçekleştirmesi gerekir (Ghobadian ve diğ. 1994). Talep arzı aşarsa, imalatta olduğu gibi depodan mal alınarak karşılanamaz. Kapasite talebi aştığında da hizmetin değeri kaybolur. İş dünyasında, hizmet kalitesi firmaların rekabetçi bir faktörü olarak kabul edilmektedir. Ayrıca,

bir kuruluşun diğerlerinden farklılaşmasına izin veren temel bir belirleyicisi olarak da kabul edilmektedir. Kuruluşun sürdürülebilir rekabet avantajı kazanmasına yardımcı olmaktadır (Siddiqi, 2011).

- Hizmetlerin heterojenliği;

Hizmet sunumunda eşzamanlı üretim ve tüketimin söz konusu olduğundan bu durumun kaçınılmaz sonuçları, bir hizmetin performansındaki değişkenliktir. Hizmetin kalitesi, hizmet sunucusuna, hizmetin gerçekleştiği zamana ve ne şekilde sağlandığıyla ilişkili olarak değişebilir (Siddiqi, 2011). Daha önce sunulan bir hizmeti aynı şekilde tekrar üretmek çok zordur genellikle mümkün değildir. Özellikle emek içeriği yüksek olan hizmetler, performansları genellikle üreticiden üreticiye, müşteriden müşteriye ve günden güne değiştiğinden heterojendir. Servis hükümlerinin heterojenlik derecesini birçok faktör etkileyebilir (Ghobadian ve diğ. 1994).

İlk olarak hizmet sunumu çoğunlukla tüketici ve hizmet sağlayıcı arasında bir bağlantı içerir. Hizmet sunumu yapan kişinin davranışı, tüketicinin kaliteyi nasıl algıladığını etkiler. Davranışın tutarlılığını ve tekdüzeliğini sağlamak oldukça zordur. Hizmet personelinin davranışının tutarlılığını (tek tip kalite) sağlamak zordur, çünkü firmanın sunmak istediği şey ile tüketicinin aldığı birbiriyle hiçbir bağlantısı olmayabilir (Parasuraman ve diğ. 1985).

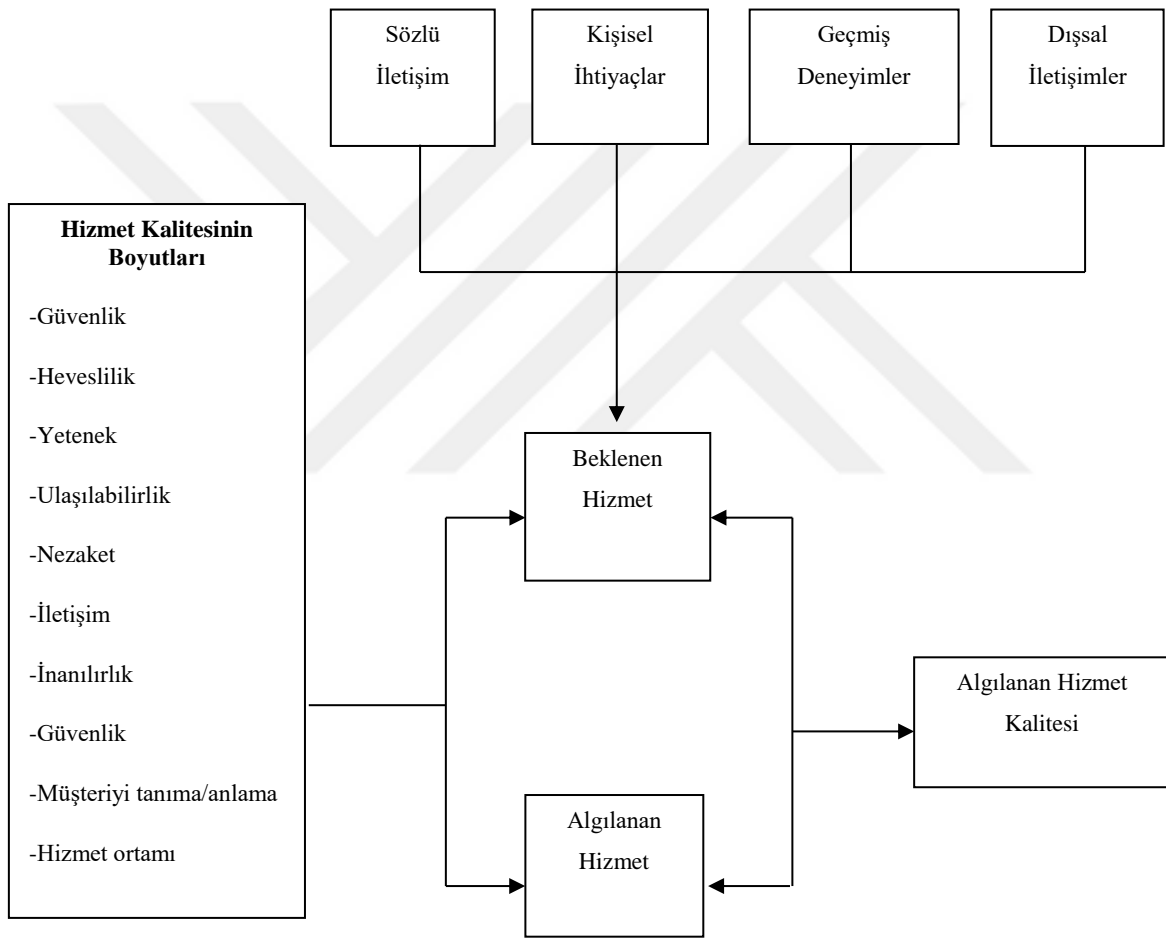
İkinci olarak, hizmet işlemleri tüketicilerin ihtiyaçlarını belirtmelerine veya bu ihtiyaçlar hakkında bilgi sahibi olmaları ile ilişkilidir. Bilginin eksiksiz ve doğru bir şekilde sağlanmış olması, hizmet sunucusunun sahip olunan bilgiden doğru anlamlar çıkarabilmesi, tüketicinin hizmet kalitesi algısındaki etkisi göz ardı edilemeyecek kadar fazladır.

Üçüncü olarak, hizmet alıcısının önceliği ve beklentileri hizmeti her kullanımında farklılık gösterebildiği gibi hizmet sunumu sırasında öncelik ve beklentiler farklılaşabilir. Hizmetin her zaman aynı sunulmaması ve tüketiciden tüketiciye olan farklılığı kalite kontrolü ve standart bir güven sunumunu zorlaştırır. Hizmet sektöründeki şirketler, personellerinin tüketicinin ihtiyaçlarını anlama ve ihtiyaçları karşılayacak bağlamda tepki verme yeteneğine güvenmek zorundadır (Ghobadian ve diğ. 1994).

Hizmet firması, müşteri katılımının yoğun olduğu hizmetlerde müşteri süreci etkileyeceğinden kaliteyi daha az yönetebilir. Bu tür müşteri katılımı yoğun olduğu

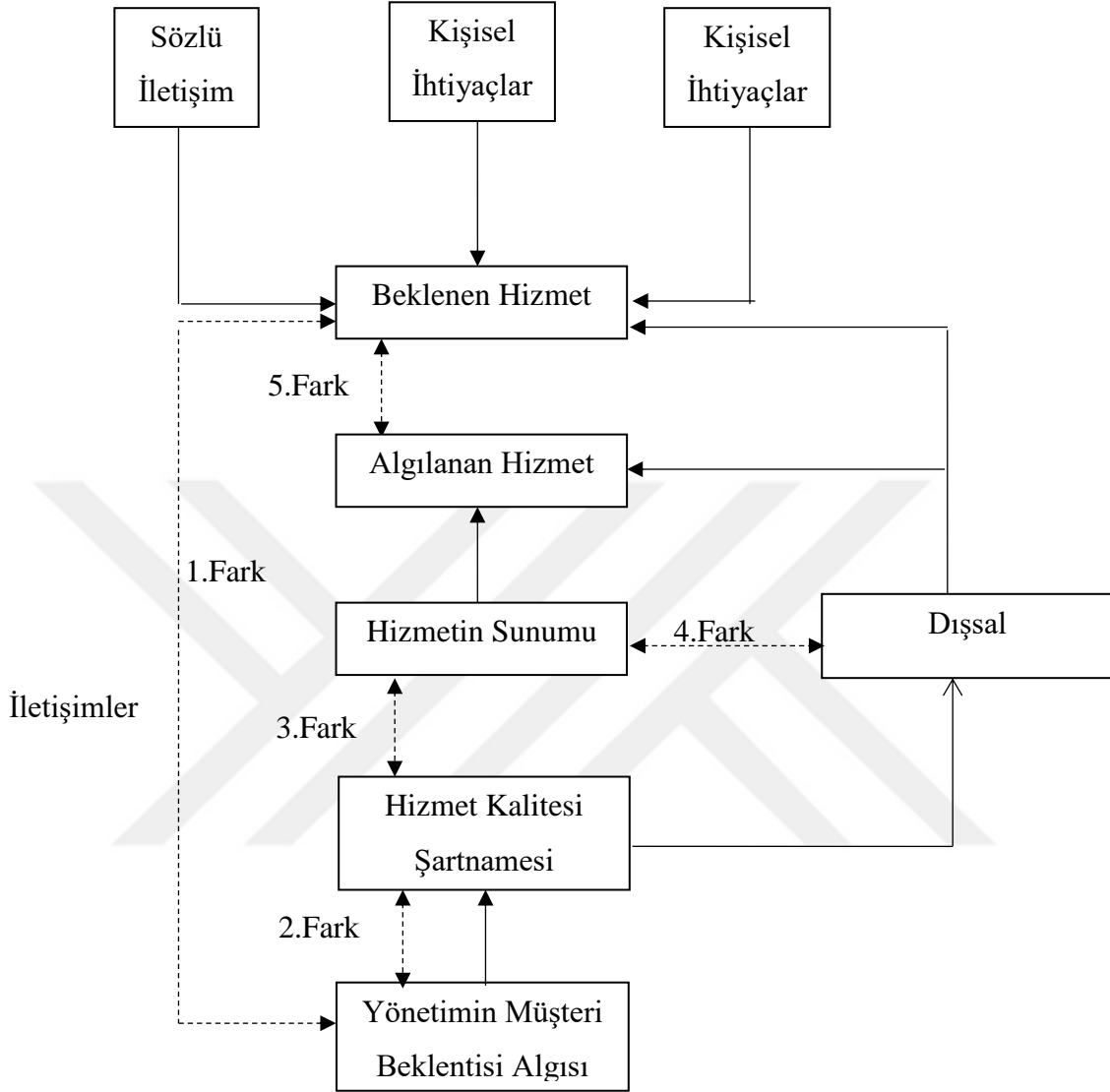
hizmetlerde, tüketicinin girdisi hizmet performansının kalitesi için kritik hale gelmektedir (Parasuraman ve diğ. 1985).

Hizmet sektörünün büyümesiyle Parasuraman ve diğ. (1985) hizmet kalitesi kavramını büyük bir çerçevede ele alarak, hizmet kalitesi modeli geliştirmek üzerine çalışmışlardır. Çeşitli sektörlerde görüşmeler yaparak hizmet kalitesi boyutlarını ve müşteri taleplerini etkileyen faktörleri (sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişim) tespit etmişlerdir. Şekil 2.2’de ayrıntılı olarak ifade edilmiştir



Şekil 2.2: Çeşitli araştırmalar sonucu elde edilen bulgular (Parasuraman ve diğ. 1985).

Yaptıkları araştırmalar sonucunda hizmet kalitesi modeli geliştirilebileceği tespit etmişlerdir. Bu araştırmalardan elde edilen en önemli sonuç hizmet kalitesi ile ilgili yönetici alguları ve tüketicilere hizmet sunumu ile ilgili bazı boşlukların bulunmasıdır. Bu boşlukların, tüketicilerin yüksek kalitede olduğunu algıladıkları hizmeti sunma girişimlerinde büyük engeller oluşturabileceği tespit edilmiştir. Tespit edilen boşluklar aşağıdaki şekilde ayrıntılı olarak gösterilmiştir (Parasuraman ve diğ. 1985).



Şekil 2.3: Hizmet kalitesi modeli (Parasuraman ve diğ. 1985).

1.Fark (Tüketici beklentisi-yönetim algı farkı):

Hizmet sunan bir firmanın müşteri beklentilerini bilmemesi bazı sorunlara neden olmaktadır. Müşteri beklentilerinin karşılanamaması para, zaman ve diğer kaynakların boşa harcanmasına neden olmaktadır. Ayrıca müşteri kaybına da neden olmaktadır. Bütün bu sorunlara ek olarak rekabetin fazla olduğu piyasalarda müşteri beklentisini karşılayamayan firmanın varlığını sürdürmesi imkânsızdır.

Hizmet firmalarında müşteri beklentilerini algılama eksikliğinin iki temel nedeni olduğu öne sürülmektedir. Birincisi firmaların müşteri beklentilerini öğrenmek için uğraşmaması, ikincisi

ise müşteri beklentilerinin dışardan bakılan biri olarak değerlendirilememesi firma çerçevesinden bakılmasıdır (Altan ve Atan, 2004).

1.Farkın oluşmasına sebep olan etkenler:

- Pazar araştırması sorunları

Hizmet firmasının yeterince pazar araştırması yapmaması, bunun sonucunda elde edilen sağlıklı verilerin kullanılması ve yönetim ile müşteri arasında etkileşim olmaması bu faktörü meydana getirmektedir.

- Aşağıdan – yukarıya iletişimin yetersiz olması

Müşteriyle iletişim halinde olan alt personelin üst yönetimi eksik ya da yanlış bilgi vermesidir.

- Yönetim seviyelerinin çokluğu

Yönetim seviyeleri fazlaştıkça bilgi aktarımı güçleşir, bilginin hatalı ya da eksik aktarılması yanlış yorumlamalara sebep olmaktadır (Saat, 1999).

2.Fark (Yönetim algısı-hizmet kalitesi spesifikasyon boşluğu):

Yönetim müşteri beklentilerini doğru anlasa bile bu beklentileri karşılamalarını engelleyen kısıtlamaların olmasıdır.

Araştırmalar sonucunda çeşitli faktörler; kaynak kısıtlamaları, piyasa koşulları ve yönetimin beklentileri umursamazlığı, tüketici beklentileri ve yönetimi arasındaki farklara neden olabilir (Parasuraman ve diğ. 1985).

2.Farkın oluşmasına sebep olan etkenler:

- Yönetimin hizmet kalitesinin önemli olduğu düşüncesine bağlı kalmasındaki kısıtlamalar
- Amacın belirlenmemesi
- Görev standardizasyonunun yetersiz olması

- Müşteri beklentilerinin karşılanması konusunda yöneticilerin inançları (Saat, 1999).

3.Fark (Hizmet kalitesi spesifikasyonları-hizmet sunum boşluğu):

- Hizmetleri iyi bir şekilde yerine getirmek ve tüketicilere doğru davranmak için standartlar olsa bile, yüksek kaliteli hizmet performansı kesin olmayabilir (Parasuraman ve diğ. 1985).
- Hizmet sunum sürecinde etkileşimin yoğun olduğu işletmelerde müşteri beklentileri belirlenmiş ve hizmet kalitesi spesifikasyonlarına dönüştürülse bile hizmet sunumu sırasında bütün personellerin aynı performansı gösterememesi 3. Boşluğu ortaya çıkarmaktadır (Saat, 1999).

3.farkın oluşmasına sebep olan etkenler:

- Personellerin organizasyon içindeki rollerinin belirsiz olması
- Personellerin rolleri arasındaki çatışma
- Personellerin yeteneklerinin yaptıkları işlere uygun olmaması
- Kullanılan teknolojinin yapılan iş ile uyumlu olmaması
- İşletmenin ödül değerlendirme sistemlerinin uygun olmaması
- Takım çalışmasının etkin olmaması
- Personellerin hizmet sırasında karşılaştıkları sorunlara bireysel çözüm bulmaları (Saat, 1999).

4.Fark (Hizmet sunumu-harici(dış) iletişim boşluğu):

Gerçek hizmet sunumu ve hizmetle ilgili harici(dış) iletişim arasındaki boşluk, tüketicinin bakış açısından hizmet kalitesini etkileyecektir.

Bir firmanın medya reklamları ve diğer iletişim araçları tüketici beklentilerini yönlendirebilir. Eğer beklentiler, tüketicinin hizmet kalitesi algısında etkin bir rol oynarsa, firma iletişimde gerçekte sunabileceğinden daha fazlasını vaat etmediğinden emin olmalıdır. Verilebilecek olandan daha fazlasını vaat etmek, ilk beklentileri artıracak, fakat sözler yerine getirilmediğinde daha düşük kalite algıları yaratacaktır. Dış iletişim yalnızca bir hizmetle

ilgili tüketici beklentilerini değil bununla birlikte sunulan hizmetin tüketici algılarını da etkileyebilir.

Ayrıca, hizmet sunumu ile dış iletişim arasındaki vaatleri gerçekleştirmesini sağlayacak bilgiye sahip olunmaması tüketicinin hizmet kalitesi algılarını etkileyebilir (Parasuraman ve diğ. 1985).

4.Farkın oluşmasına sebep olan etkenler:

- İşletmenin farklı departmanları arasındaki iletişim,
- İşletmenin çevresiyle olan iletişiminin müşterilerin hizmet alırken karşılaştıklarıyla uygun olmaması (Saat, 1999).

5.Fark (Beklenen hizmet-algılanan hizmet boşluğu):

Tüketicinin hizmet sunumunda algıladığı kalite, beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluğun büyüklüğünün ve doğrultusunun bir fonksiyonudur. Müşteri bakımından algılanan hizmet kalitesi 5.boşluğun büyüklüğüne ve yönüne bağlıdır. 5.boşluk yukarıda açıklanan diğer dört boşluğun fonksiyonu olarak ifade edilebilir (Parasuraman ve diğ. 1985).

$$5. \text{ Fark} = f(1. \text{ Fark}, 2. \text{ Fark}, 3. \text{ Fark}, 4. \text{ Fark}) \text{ (Parasuraman ve diğ. 1985).}$$

Kaliteli hizmet, beklenen hizmetin algılanan hizmete eşit veya daha fazla olması durumunda ancak mümkündür. Hizmet kalitesinin ölçülebilmesi için hizmet alıcısının beklediği ve algıladığı hizmetin ölçülmesi gerekmektedir. Ölçümün gerçekleşebilmesi için beklenen ve algılanan hizmete puanlar verilir. Bu puanlar Parasuraman ve diğ.'nin hizmet kalitesini ölçmek için geliştirdiği SERVQUAL analizinin temelini oluşturmaktadır (Saat, 1999).

Hizmet kalitesi müşterilerin beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki farkla ilgili kararlarını içerirken memnuniyet tüketime doğrudan bir cevap vermektedir (Hussain ve diğ. 2015). Memnuniyet, çeşitli şekillerde tanımlanan psikolojik bir kavramdır. Bazı araştırmacılara göre memnuniyet, zaman içinde biraz tecrübe edindikten sonra bireylerin herhangi bir nesne veya olayla ilgili yargısı olarak kabul edilmektedir. Bazı araştırmacılara göre ise, memnuniyet bilişsel bir tepki (müşterilerin toplam tüketim deneyimi) olarak tanımlanırken, bazıları da memnuniyeti duygusal bağlılık olarak görmektedir (Chakraborty ve

Majumdar, 2011). Memnuniyet, tüketiciler tarafından aranan bir şeyi makul bir düzeyde verebilen bir ürün olarak da tanımlanmaktadır (Zena ve Hadisumarto, 2012).

Sağlık, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en hızlı büyüyen hizmettir (Dey ve ark. 2006). Hastalar, sağlık hizmetlerinin müşterileri olarak kabul edilmekte olup, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını en iyi karşılayan hizmetleri ve sağlayıcıları satın alma konusunda bilinçli olarak seçim yaptıkları kabul edilmektedir. Böylelikle sağlık kalitesi ve hasta memnuniyeti iki önemli sağlık sonucu ve kalite ölçütüdür (Chakraborty ve Majumdar, 2011). Sağlık hizmet kalitesini artırmak, dünyadaki tüm sağlık sistemleri ve kuruluşları için sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, maliyetlerin yönetilmesi ve bakım ve sağlık hizmetlerinin kalitesi için artan hasta beklentilerinin karşılanması ihtiyacını ele almak için önemli bir amaç haline gelmiştir (Akdere ve diğ. 2018).

Bazı literatür araştırmaları, hizmet kalitesini memnuniyetin öncüsü olarak kabul etmiştir (Cronin, Brady ve Hult, 2000; Cronin ve Taylor, 1994). Sağlık hizmeti konusunda yapılan araştırmalarda, algılanan hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında nedensel bir bağ olduğunu gözlemlemiştir (Woodside ve diğ. 1989; Choi ve diğ. 2004). Hastanın ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık standartları oluşturmak için, yüksek kaliteye ulaşmak için zorunludur (Ramachandran ve Cram, 2005). Bu sebeple, hasta, sağlık hizmetlerinde kalite gündeminin merkezi olmuştur (Badri ve diğ. 2007).

Genel olarak hastalar çeşitli tıbbi bakım hizmetleri alırlar ve kendilerine sunulan hizmetlerin kalitesini değerlendirirler (Choi ve diğ. 2004).

Hizmet kalitesinin iki boyutu vardır:

(a) teknik bir boyut, yani, sağlanan temel hizmet ve

(b) süreç / işlevsel boyut yani hizmetin nasıl verildiği (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Parasuraman ve arkadaşları (1988), hizmet kalitesinin üstünlüğünü değerlendirmek için SERVQUAL olarak bilinen ve yaygın olarak kullanılan bir model önermişlerdir. SERVQUAL modelinde, Parasuraman ve arkadaşları tüketicilerin algı ve beklentileri arasındaki boşluğu beş özellik temelinde belirledi. hizmet kalitesi ışığında tüketici

memnuniyetini ölçmek için güvenilirlik, duyarlılık, güvence, empati ve fiziksel özellikler (Parasuraman ve diğ. 1988).

Genel olarak, hasta memnuniyeti anketleri sağlanan sağlık hizmetinin kalitesini analiz etmek için kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin pazarlanması dâhil olmakla birlikte farklı tüketici memnuniyeti çalışmalarında hizmet kalitesinin memnuniyet bağlantısı ile ilgili çok sayıda kanıt bulunmaktadır (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Chahal (2000), üç bileşenli model tanımlamıştır. Bu modelde, hastaların belirli bir tıbbi hizmet sağlayıcısına olan bağlılığı, üç boyutta belirtilmiştir; sağlayıcıları aynı tedavi için tekrar kullanma, farklı tedaviler için sağlayıcıları tekrar kullanma ve sağlayıcıları başkalarına gönderme. Üç bileşenli modelde Chahal, belirtilen tüm sadakat önlemlerinin toplam hizmet kalitesine bağlı olduğunu kanıtlamıştır ve tıbbi bakım hizmet kalitesini üç belirti göstermeyen yapıyla açıklamıştır. Bunlar hekimlerin performansı, hemşirelik performansı ve operasyonel kalitesidir.

Algılanan hizmet kalitesini ölçmek için Brady ve Cronin, üç ana boyut dikkate alınarak hiyerarşik bir model önermiştir (Brady ve Cronin, 2001). Etkileşim kalitesi, fiziksel çevre kalitesi ve sonuç kalitesi; tutum, davranış ve deneyimden oluşur; ortam şartları, tasarım ve sosyal faktörler (fiziksel çevre kalitesi); bekleme süresi, maddi değerler ve değer (sırasıyla sonuç kalitesi). Yaklaşımlarında Brady ve Cronin, hizmet kalitesini ölçmek için müşterilerin beklentilerini ve farklı hizmet boyutlarını algılamalarını vurgulamıştır.

Aragon ve arkadaşları (2003), hastanelerin acil servisinde bir araştırma yapmışlardır ve üç gizli değişken ve yapıyı dikkate alarak hasta memnuniyetini ölçmek için birincil sağlayıcı teorisini önermişlerdir. Doktor servisi, bekleme süresi ve hemşirelik bakımı. Hasta memnuniyeti ve yukarıda belirtilen yapılar arasında hiyerarşik bir ilişki geliştirmek için çoklu yapısal denklem modelleri uyguladılar. Üç gizli değişken, sağlık hizmeti kalitesinin niteliklerini tanımlar.

Genel hasta memnuniyetinin Doktor Servisi, Hemşirelik Bakımı ve Bekleme Süresi' ne bağlı olduğunu kanıtlamışlardır. Ayrıca, tüm memnuniyetlerin olumlu bir şekilde iki gösterge(hastaların sağlık bakım ünitesini önerme olasılığı ve hizmetin hastalar tarafından ödenen para cinsinden değeri) ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Shi ve Singh'e (2005) göre hasta memnuniyeti perspektifinden kalite iki şekilde açıklanmıştır:

- a) Bireyin tıbbi hizmet geçişinin bazı özellikleriyle ilgili deneyimlerine dayanan memnuniyetin bir göstergesi olarak kalite. Konfor, onur, mahremiyet, güvenlik, bağımsızlık derecesi, karar verme özerkliği ve kişisel tercihlere dikkat etme,
- b) Bireyin tıbbi müdahalesinden sonra bireylerin yaşamı genel olarak tatmin etmelerinin bir göstergesi olarak kendi kendine algıları

Bahsedilen iki kalite referansı, her birinin tıbbi tedavi sırasında arzu edilen bir işlemi ve bir sağlık hizmeti verildikten sonra başarılı bir sonucu temsil ettiğini göstermektedir. (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Hasta memnuniyeti, sağlık sisteminin üç temel sorununa dayanır. Bunlar, kaliteli sağlık hizmeti, iyi sağlık hizmeti sağlayıcıları ve iyi sağlık hizmeti organizasyonuna ilişkin hasta algısıdır. Safavi (2006) tarafından yapılan bir araştırma, hastane deneyimi ile memnuniyetin onur ve saygı, hız ve verimlilik, rahatlık, bilgi ve iletişim ve duygusal destek ile yönlendirildiğini ortaya koymuştur (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Scotti ve arkadaşları (2007), çalışma ortamına katılım yaklaşımının sağlık sektöründe hizmet kalitesinin geliştirilmesine nasıl yardımcı olduğunu belirtti. Bir sağlık kurumunda Yüksek Performanslı Çalışma Sisteminin (HPWS) kurulabileceği bir faaliyet zinciri araştırdılar. Araştırmalarında HPWS ile kurumun tüketici odaklılığı arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemlerinin Tüketici Değerlendirmesi (CAHPS), hasta memnuniyetini bakım kalitesiyle ölçmek için kullanılan araçlardan biridir. Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi Ajansı'na (2009) göre, CAHPS, hasta ile sağlık hizmetleri uzmanı arasındaki belirli bir temas bölümüne bağlanan uluslararası olarak onaylanmış bir araçtır. CAHPS, hastaların algılarını ölçmek yerine bakım sürecinde hastaların gerçek deneyimlerini değerlendirmeye odaklanır. CAHPS metodolojisine göre, hastalardan herhangi bir özel bakım kalitesi alıp almadıklarını belirtmeleri istenir.

Müşteri beklentisinin algılanan kalite üzerinde önemli derecede olumlu bir etkisi vardır, ancak müşteri beklentisinin aynı etkisinin olduğu söylenemez. Algılanan kalitenin algılanan değer

ve müşteri memnuniyeti üzerinde pozitif anlamda bir etkisi vardır. Müşteri memnuniyetinin müşteri sadakati üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Yukarıda belirtilen tüm hasta memnuniyetini ölçme yöntemleri, hizmet kalitesinin, hasta memnuniyetinin genel ve en önemli öncüllerinden biri olduğunu göstermiştir. Hizmet kalitesinde, yukarıdaki araştırmacıların tümü tarafından dikkate alınan iki temel husus vardır. Bu ikisi teknik ve işlevsel yönlerdir (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Kang ve James'e (2004) göre, hastanın tedavi ve hastane servislerinin teknik özelliklerini anlaması çok zordur. Babakus ve Mangold (1992), SERVQUAL'in sadece fonksiyonel kaliteyi ölçmek için tasarlandığını belirtmişlerdir. Sağlık sektöründe fonksiyonel kalite, doğru tanı ve tedavi prosedürünü temsil eden teknik yönlelere bağlıdır (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

2.5. HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Kaliteyi tanımlama ve ölçme çabaları ürün sektöründen gelmiştir. Japon felsefesinde, kalite, sıfır hata yani tek seferde doğru olanı gerçekleştirmektir. Crosby 1979'daki çalışmasında kaliteyi "gereksinimlere uygunluk" olarak tanımlamaktadır (Parasuraman ve diğ. 1985). Garvin 1983'te yaptığı çalışmasında, "iç" hataların (ürün fabrikadan çıkmadan önce gözlenenler) ve "dış" hataların (ünite kurulduktan sonra sahada meydana gelenler) oranını sayarak kaliteyi ölçmüştür (Parasuraman ve diğ. 1985). Hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla pek çok araştırmacı farklı yöntemler geliştirmiştir.

2.5.1. SERVQUAL Analizi

Hizmet kalitesi kavramını açıklamak, problemlerin sebeplerini tespit etmek ve hizmet kalitesi ölçümüne yönelik olarak Parasuraman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışma, yöneticilerle derinlemesine görüşmelere ve farklı sektörlerde (kredi kartları, bankacılık, komisyonculuk ve tamir hizmetleri) tüketicilerle birlikte sürdürülen 12 grup tartışmasından yola çıkılarak gerçekleştirilmiştir ve sonucunda hizmet kalitesini belirleyen 10 boyut saptanmıştır (Parasuraman ve diğ. 1985).

Algılanan hizmet kalitesinin mevcut ölçümü Parasuraman ve diğ.'nin araştırmalarıyla izlenebilir. Bu yazarlar başlangıçta bir dizi odak gruba dayanan 10 hizmet kalitesi belirleyicisi tanımlamıştır (Cronin ve Taylor, 1992).

Bu belirleyiciler: Somut özellikler, güvenilirlik, heveslilik, müşteriye anlamak ve tanımak, erişim, iletişim, güvenilirlik, güvenlik, yetenek ve nezakettir.

Sonraki süreçte Parasuraman ve arkadaşları yaptıkları anketleri faktör analizi ile değerlendirerek yukarıda belirtilen 10 boyutu 5 boyuta indirgeyip SERVQUAL adını verdikleri analizi, hizmet kalite ölçüm aracı olan anketi geliştirmişlerdir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988).

Somut özellikler, güvenilirlik ve heveslilik boyutları aynı kalmış, nezaket, yetenek, inanılabilirlik ve güvenlik boyutları, güven boyutu içinde, ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriye anlamak boyutları empati boyutu içinde ele alınmıştır (Saat, 1999).

SERVQUAL'i oluşturan 5 boyutun içeriği:

- Somut özellikler: Fiziksel (somut) olanaklar, donanım ve çalışanların dış görünüşü,
- Güvenilirlik: Söz verilen hizmeti güvenilir ve doğru olarak yerine getirme becerisi,
- Heveslilik: Müşterilere yardım etmeye ve anında hizmet vermeye gönüllü olmak,
- Güven: Personellerin bilgisi ve nezaketleri ve onların güven ve güveni sağlama becerileri,
- Empati: Kuruluşların müşterilerine sunduğu özenli ve ferdî ilgidir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988).

SERVQUAL anketinde ilk olarak 5 boyutla ilgili 22 cümle yer almaktadır. Her cümlenin (ifadenin) beklenen ve algılanan olmak üzere iki farklı soruluş şekli vardır. Hizmet kalitesi ölçümü 44 ifade ile yapılmaktadır. Alınan bir hizmetin kullanıcıya göre performans seviyesi ile alınan hizmetten beklentiler arasındaki fark hizmetin kalitesini belirlemektedir (Saat, 1999).

Değerlendirmede, hizmeti alan açısından algılanan hizmet için verilen puan ile beklenen hizmet için verilen puan arasındaki fark hesaplanır ve SERVQUAL puanı elde edilir. Hizmet kalitesi boyutları ile ilgili ortalama SERVQUAL puanı hesaplanır. Bütün boyutlar için bu puan iki kademedeki hesaplanmaktadır:

1) Müşterilerin her biri için boyutlara ait cümlelerin SERVQUAL puanları toplanır ve boyutları oluşturan cümle sayısına bölünür.

2)1. aşamada N sayıda müşteri için elde edilen puanlar müşteri sayısına bölünür.

Beş boyut bağlamında hesaplanan SERVQUAL puanlarının ortalaması alınabilir ve böylelikle ağırlıklandırılmamış SERVQUAL puanı elde edilmiş olur. Ağırlıklandırılmamış SERVQUAL puanında müşterilerin boyutlara verdikleri görece önemi dikkate almadan hesaplanmış olur.

Ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı ise 4 kademe elde edilir:

- 1) Müşterilerin her biri için 5 boyuta ait ortalama SERVQUAL puanı hesaplanır.
- 2) Müşterilerin her biri için 1. Aşamada elde edilen her boyutun SERVQUAL puanı müşteri tarafından o boyuta verilen önem derecesi ağırlığıyla çarpılır.
- 3) Müşterilerin her biri için 2. Aşamada 5 boyuta ait elde edilen ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanları toplanır ve birleşik ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı hesaplanmış olur.
- 4) 3.aşamada N sayıdaki müşteri için hesaplanan puanlar toplanır ve toplam N'ye bölünür.

Hesaplama açıkça belirtildiği gibi SERVQUAL kullanılarak elde edilen veriler, her ifade (cümle) çifti, bütün boyutlar için farklı detay seviyesinde hizmet-kalite farkını hesaplamak için kullanılabilir. Kuruluşlar sadece müşterilerin algıladığı genel hizmet kalitesini ölçmez, bununla birlikte kaliteyi iyileştirme çabalarında temel alacağı önemli boyutları tespit edebilir (Saat, 1999).

Hizmet üreten işletmeler SERVQUAL'i kullanarak elde ettikleri bilgileri çeşitli alanlarda değerlendirebilirler:

- Müşteri beklentileriyle hizmetten kazanımlarının karşılaştırılması,
- Kendi SERVQUAL puanlarıyla rakiplerinin puanlarının kıyaslanması,
- İç müşterilerin kaliteye yönelik algılamalarının hesaplanması (Parasuraman ve diğ. 1988).

SERVQUAL Analizine Yapılan Eleştiriler:

Yalın ve esnek yapısıyla yaygın olarak kullanılmasına rağmen, SERVQUAL'in farklı teorisyenlerin belirttiği bazı sınırlamaları vardır. Brown ve arkadaşları (1993), beklenti ve

müşteri algısındaki farklılık puanlarının ölçümünün güvenilirlikte genellikle zayıf olduğunu açıklamıştır. Bunun nedeni, bileşen puanları arasındaki pozitif korelasyon, farklılık puanlarının güvenilirliğini düşürebilir. Düşük güvenilirlik ile fark puanının ölçülmesi, bileşenlerin yapı geçerliliği ile ilgili sorular ortaya çıkarabilir (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Chatterjee ve Chatterjee (2005), SERVQUAL modelinde, sürekli yanıtlara dayanan istatistiksel analizlerin uygun olmadığı durumlarda, sıralı bir ölçek temelinde veri yanıtlarının alındığını belirtmiştir. Ayrıca fark puanlarının güvenilirlik, ayırt edici geçerlilik, yakınsama geçerliliği ve öngörücü geçerliliği ile ilgili sorunlara neden olduğunu iddia etmişlerdir. Bazı araştırmacılar SERVQUAL'i boyutlarından dolayı eleştirmişlerdir.

Paul III (2003), SERVQUAL modelindeki müşterilerin beklenti ve algılarının eşzamanlı olarak ölçülmesinin, katılımcıların geri çağırmasına bağlı olan beklenti puanları olarak kafa karıştırıcı olabileceğini ve algılanan performans seviyesinden etkileneceğini açıklamıştır. Carman, Parasuraman ve arkadaşlarının belirlediği kalite boyutlarının hizmetlerin tamamında uygulanabilecek kadar kapsamlı olmadığını bunlara farklı boyutlar eklenmesi gerektiğini öne sürmüştür. Carman bir takım hizmet sunan firmalara ait bilgileri kullanarak, bütün koşullar için sadece heveslilik, soyut değerler ve güvenilirlik boyutlarının görüldüğünü fakat diğer iki boyutun faktör yapısında farklılıklar olduğunu saptamıştır. Belirlenen farklılıklar faktörleri geçersiz kılacak kadar etkili değildir, sadece ölçeğin kullanımı esnasında önem verilmesini gerektirecek bir yapıya sahiptir. Carman ayrıca tek bir hizmet işlevi bulunmayan hizmetlerde SERVQUAL Analizinin her bir işlevde ayrı ayrı yapılması gerektiğini belirtmiştir (Saat, 1999).

Cronin ve Taylor (1992, 1994), Parasuraman ve arkadaşlarının ulaştıklarının sonuçlarını eleştirmişlerdir. İlk olarak beklentiler-performans farkının hizmet kalitesinin ölçümünde dayanak olduğunu destekleyecek kanıtın azlığını öne sürerek eleştiride bulunmuşlardır. Hizmet kalitesinin ölçümünde basit performans ölçülerinin üstünlüğünü gösteren birçok farklı çalışmanın üzerinde durmuşlardır. Bu amaçla SERVQUAL'in bir benzeri olan SERVPERF'i test etmiş ve geliştirmişlerdir. Daha sonra ise hizmet kalitesinin etkinliği, müşteri tatmini ve satınalma amaçları konusunda çok az araştırma yaptıklarını, üçü arasında nedensel ilişkilerin varlığını gösteren kanıtların azlığını belirtmişler ve hizmet kalitesinin müşterinin satınalma isteğini değiştirmesinde yeterli olmadığını dile getirerek eleştirmişlerdir.

Bir başka eleştiri ise Teas (1994) tarafından algılama ve beklentilerin kavramsallaştırılmasına ve beklentilerin ölçülmesinin geçerliliğine yapılmıştır ve hizmet kalitesinin ölçülmesi için Normlandırılmış kalite modeli (Normed Quality Model) önerilmiştir.

Parasuraman, Zeithalm ve Berry (1994), Teas ile Cronin ve Taylor'un eleştirilerine karşı müşteri algılamaları ve beklentileri arasındaki farkın hizmet kalitesi kavramı haline gelmesi ve SERVQUAL analizinin algı ve beklenti arasındaki farkı ölçmesinde yapılan itirazların geçersiz olduğunu belirtmişlerdir. Parasuraman, Zeithalm ve Berry (1996), gerçekleştirdikleri yapay çalışmada müşteri davranışlarının hizmet kalitesi tarafından büyük ölçüde etkilendiğini gösteren model geliştirmişlerdir.

2.6. SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

Kalite kavramı ilk başlarda hizmetlere önem vermeden, hiç vurgu yapmadan ürünlere (mallara) odaklanmak olarak algılanırken daha sonra hizmetlere yoğunlaşarak alınan ürünlerin (malların) hizmetlerin bileşeni olarak değerlendirilmesine dönüşmüştür (Dobrzykowski ve diğ. 2016; Southard, 2016). Bu dönüşüm, özellikle sağlık hizmetleri ile birlikte tüm hizmet sektörlerinde hizmet kalitesinin artan önemini göstermektedir (Akdere ve diğ. 2018).

Ayrıca sağlık hizmetlerinde hasta odaklılığın artışı ile birlikte, hizmet kuruluşları, hizmet kalitesinin müşteri algılarına odaklanmaya başlamıştır. Bunun nedeni müşteri memnuniyetini sağlayan stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olmaktır (Saravanan ve Rao, 2007). Hasta beklentilerine verilen önemin artmasıyla sağlık kuruluşlarının kalite yönetimi süreçlerine sadece müşteri memnuniyetinin ölçülmesinin ötesine geçmesini sağlayan yeni bir değerlendirme boyutu eklemeleri gerekmektedir. Böylelikle hizmet kalitesi kavramı karşımıza çıkmaktadır. Hizmet kalitesi, müşteri beklentileri ile alınan hizmetlerin müşteri algıları arasındaki fark veya boşluktur. Hizmet sektöründe artan rekabetle birlikte hizmet kalitesi kavramı önem kazanmıştır (Akdere ve diğ. 2018).

Sağlık hizmetleri değerlendirmeleri tıbbi, sosyal, bilişsel ve duygusal bileşenleri kapsamaktadır. Linder-Pelz'in hasta memnuniyeti teorisine göre sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyeti ölçümü hizmet deneyiminin boyutlarının öznel değerlendirmelerine dayanmaktadır. Bu boyutlar, hizmet sağlayıcılarla etkileşimi, erişim kolaylığını, maliyet yükünü ve sağlık tesisinin temizliği gibi çevresel sorunları içerebilir (Tucker ve Adams, 2001) Pek çok hizmette olduğu gibi kalitenin, sağlık hizmetlerinde de, heterojenlik ve

ayrılmazlık gibi özellikleri nedeniyle ölçülmesi zordur (Conway ve Willcocks, 1997). Butler ve diğ. (1996), üretime, performansa ve kalite değerlendirmelerine katılan hastaların davranışlarından, ruh hallerinden ve işbirliklerinden dolayı hizmeti etkilediklerini belirtmişlerdir. Sağlık hizmetleri müşteri değişiklikleri ve artan rekabet etkisinde kaldığından dinamiktir (Naidu, 2009).

Sonuç olarak sağlık hizmetleri kalite değerlendirmeleri yapılmasında sağlık hizmetleri organizasyonlarında hizmet büyüklüğü, karmaşıklık ve uzmanlaşma nedeniyle problemler yaratmaktadır (Eiriz ve Figueiredo, 2005).

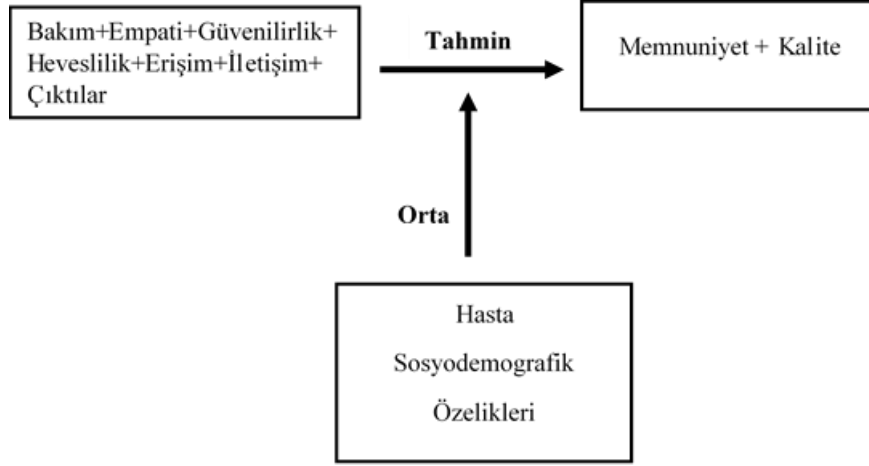
Spesifik olarak, sağlık hizmetleri doğası gereği bir güven satın almadır (Butler ve diğ. 1996). Hastalar tıbbi servis teknik kalitesini değerlendiremeyebilir. Bu sebeple, fonksiyonel kalite genellikle birincil belirleyicidir. Ayrıca finans veya turizm gibi diğer diğer hizmetlere göre sağlık hizmeti kalitesini değerlendirmek daha zordur. Bunun nedeni müşterinin kendisinin ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir (Eiriz ve Figueiredo, 2005).

2.6.1. Hasta Memnuniyeti ve Boyutları

Tedavi, temel bir sağlık hizmeti beklentisidir (Conway ve Willcocks, 1997). Spesifik olarak, hasta memnuniyeti, farklı sağlık hizmetleri boyutlarının bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Linder-Pelz, 1982). Bu nedenle hasta memnuniyeti bilgisi, sağlık hizmetlerinin tasarlanması ve yönetilmesi için kalite değerlendirmelerinde vazgeçilmez olmalıdır (Naidu, 2009). Hasta memnuniyeti, hastane imajını artırır ve bu da artan hizmet kullanımı ve pazar payı anlamına gelir (Andaleeb, 1988).

Hizmetten memnun olan müşterilerin, sağlık hizmeti sağlayıcısının uzun vadeli başarısı için faydalı olan olumlu davranış sergileme olasılığı yüksektir. Müşteriler, şirketi övmek ve başkalarına tercih etmek, satın alma hacimlerini arttırmak veya bir prim ödemek gibi olumlu şekilde memnuniyetlerini ifade etme eğilimindedir (Naidu, 2009).

Hasta memnuniyeti, bakım, empati, güvenilirlik ve cevap verme ile ilgili faktörler tarafından tahmin edilmektedir (Tucker ve Adams, 2001).



Şekil 2.4: Bütünleştirici hasta modelinin bakım konusundaki değerlendirmeleri (Tucker ve Adams, 2001).

Ware ve diğ. (1978), doktor davranışları, hizmet durumu, süreklilik, güven, verimlilik ve sonuçlar gibi hasta memnuniyeti değerlendirmelerini etkileyen boyutları tanımlamıştır. Ayrıca hastaların sağlık hizmetleri değerlendirmelerini anlamak için çekirdek hizmetler, özelleştirme, profesyonel güvenilirlik, yetkinlik ve iletişim boyutlarını getirmişlerdir (Naidu, 2009).

Hastaya sevgiyle yaklaşıldığında ağrıların kesilmesi, tıbbi müdahalelerden sonra hayat kurtarıcı ve öfkeyle başa çıkmak veya hayal kırıklığı ile mücadele etmek gibi olumlu sonuçlar alındığı literatürde yer almaktadır. Başka bir çalışmada Woodside ve diğ. (1989) çeşitli hasta memnuniyeti belirleyicilerini tanımlamışlardır. Bunlar: kabul, deşarj, hemşirelik bakımı, gıda, temizlik ve teknik servislerdir (Naidu, 2009).

Hastaların, özellikle doktorun iletişim becerileri ile ilgili algıları da önemli memnuniyet belirleyicileri arasındadır. Butler ve arkadaşlarının (1996) çalışmasındaki tesis kalitesi ve personel performansı boyutları, hastaların hizmet kalitesi algılarındaki varyansın % 66'sını açıklamıştır.

Erişim ve iletişimin müşteri memnuniyeti üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. Erişim, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini ifade eder ve operasyonel olarak hasta-hekim temaslarının sayısı (Turner ve Pol, 1995), bekleme süreleri, sağlık hizmeti deneyimleriyle ilgili kolaylık ve kullanılabilirlik olarak tanımlanmaktadır (Naidu, 2009).

İletişim, hastanın duyulduğu, anlaşılabilir terimlerle bilgilendirildiği, konsültasyon sırasında sosyal etkileşim ve zamanı sağladığı ve psikolojik ve teknik olmayan bilgiler sağladığı derecedir (Tucker, 2002). İletişimin iyi olması durumunda, servis sağlayıcısından hastaya, alacağı bakımın türü hakkında bilgi içeren ve böylece ne olacağını konusundaki farkındalığı ve hassasiyetini artıran belirsizliği hafiflettiği takdirde, hasta memnuniyeti daha yüksektir (Andaleeb, 1988).

Yapılan araştırmalar sonucunda memnuniyet, doğrudan sağlık hizmetleri deneyimi ve çabalarına atfedilebilen fiziksel sağlık durumundaki değişiklik olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesi, bakımın insani ve yetkin olduğu derecedir (Tucker, 2002). Servis sağlayıcının yeterliliği yüksek algılanırsa, memnuniyet düzeyi de artar. Yetkinlik, hastaların hizmet kalitesi değerlendirmelerini güçlü şekilde etkiler. Personel tavırları da müşteri memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Personelin hasta ile etkileşimi ve personelin hastanın kişisel deneyimine olan duyarlılığı önemli ölçüde etkilidir. Çalışmalar, hastane maliyetlerinin yüksek algılanması durumunda hasta memnuniyetinin düşük olduğunu göstermektedir. Fiziksel tesisler dahil, eğer: temizlik; modern ekipman; ve hastanenin iyi bir fiziksel durumda olduğu genel duygusu, iyi algılandıktan sonra hasta memnuniyeti artar (Andaleeb, 1988).

Tartışılan pek çok boyut Parasuraman ve arkadaşları (1988), tarafından belirlenen (Güvenilirlik (yeterlilik), Duyarlılık (iletişim), maddi varlıklar (fiziksel özellikler) ve empati (personel durumu) faktörlerine yakındır.

- Maddi varlıklar (somut özellikler),
- Erişim,
- Bakım,
- İletişim

Sağlık hizmetleri çıktılarıdır (Naidu, 2009).

2.7. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE BASAMAK UYGULAMALARI

Sağlık sektörü 1961 yılında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanuna göre düzenlenmiştir. Kanun kapsamında Türkiye'de ilk defa sevk zinciri konusu konuşulmaya başlanmıştır. Hastaların, ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına (sağlık ocağı, TSM, ASM, vb.) başvurmaları ve buralarda, tedavisi mümkün olmayanların ikinci basamak sağlık kuruluşlarına (hastanelere) sevk edilmeleri gerektiği bildirilmiştir. (Ömürbek ve Altın, 2009).

2.7.1. Basamak Uygulamaları

Sağlık hizmeti sunucuları; SGK tarafından 3 basamak olarak sınıflandırılmıştır, sağlık hizmeti veren kuruluşları ifade etmektedir.

2.7.1.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Birinci basamak sağlık kuruluşları hastaların ayaktan tedavi görebildiği ve ilk olarak başvurulması gereken merkezlerdir.

- Sağlık ocağı,
- Aile sağlığı merkezi,
- Toplum sağlığı merkezi,
- Halk Sağlığı Laboratuvarı,
- Acil sağlık hizmetleri istasyonu,
- Acil sağlık hizmetleri komuta kontrol merkezi,
- Kamu idaresi bünyesindeki kurum tabiplikleri,
- 112 acil sağlık hizmeti birimi,
- Üniversitelerin medikososyal birimleri,
- Türk silahlı kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri,

- Belediyelere ait poliklinikler,
- Verem savaş dispanseri,
- Özel sağlık kuruluşları,
- Poliklinikler,
- Tıp merkezi, birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır.

2.7.1.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları

İkinci basamak tedavi hizmeti ise hastalara tanı koyulan ve tedavileri uzman doktorlar tarafından gerçekleştirilen hastanelerdir.

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Entegre ilçe devlet hastaneleri,
- Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,
- Belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- SSK hastaneleri,
- Özel Hastaneler,
- Özel Tıp Merkezleri, ikinci basamak sağlık kuruluşlarıdır.

2.7.1.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları

Üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kurumlar tıp teknolojisinin ağırlıklı olarak kullanıldığı üniversite hastaneleri, kanser araştırma merkezleri ve ruh ve sinir hastalıkları hastaneleridir.

- Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler,
- Üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır.

2.8. SAĞLIK BİLİŞİM SİSTEMLERİ

Hastalıkları önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumu ile ilgili bilgilerin oluşturulması, iletilmesi amacıyla kurulmuş, donanım, yazılım ve yönergelerin tamamı Sağlık Bilişim Sistemleri (SBS) olarak ele alınmaktadır. SBS, klinik (teşhis ve

tedavi) ve yönetsel (çevresel gereklilikler ve süreç yönetimi) karar verme işlevlerini desteklemektedir. SBS, Klinik Bilgi Sistemleri (KBS) ve Teşhis-Tedavi Sistemleri (TTS) olarak iki başlık altında sınıflandırılmaktadır (Özata, 2004). Bu iki başlık çeşitli alt sistemlerden oluşmaktadır. Ayrıntılı sınıflandırma Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1: Sağlık sektöründe bilişim sistemlerinin bölümlendirilmesi (Özata, 2004).

Sağlık Bilişim Sistemleri	Alt Sistemler	Fonksiyonları
Klinik Bilgi Sistemleri	Elektronik Sağlık/Hasta Kayıtları, Klinik Karar Destek Sistemleri, Hemşirelik Bilgi Sistemleri, Tıbbi Görüntü Yönetim ve Depolama Sistemleri, Hasta Takip Sistemleri, Klinik İletişim Sistemleri, Teletıp, Vaka Bileşimi, Sanal Gerçeklik Uygulamaları, Akıllı Kart Uygulamaları, Hastane Bilgi Sistemleri,	Hastalara ait önemli klinik bilgileri toplayan ve kullanılabilir hale getiren sistemler.
Teşhis ve Tedavi Sistemleri	Görüntüleme Sistemleri, Laboratuvar Teşhis Sistemleri, Diğer Tıp Teknolojileri,	Teşhis ve tedavide kullanılan sistemler.

2.8.1. Klinik Bilgi Sistemleri (KBS)

Gelişen teknolojiyle bilgisayar temelli sistemler sağlık kuruluşlarında da kaçınılmaz bir gereklilik haline gelmiştir. Klinik bilgi sistemlerindeki ilerlemeler sağlık sektöründe yaygınlaşmasını sağlamıştır. KBS için yeni yazılımların geliştirilmesi hastanelerde klinik bilgi sistemlerinin uygulanmasını kolaylaştırmıştır.

KBS çeşitli bileşenlerden oluşmaktadır:

- Elektronik sağlık / hasta kayıtları: Bu kayıtlar, sağlık çalışanının etkin hizmet vermesi için ihtiyaç duyacağı hasta bilgilerine daha hızlı ve daha iyi kalitede ulaşmasını sağlar. Daha sonra sahip olduğu verileri çok yönlü olarak sunma imkânı sağlamaktadır. Hasta

kayıtlarının elektronik ortamda saklanması; maliyetleri indirgeyerek ve çalışanların verimliliğini arttırarak sağlık kuruluşlarının etkinliğini artırmaktadır (Ömürbek ve Altın, 2009).

- Klinik karar destek sistemleri: Doktorların karar verme sürecine bakıldığında sahip olduğu bilgilerin ve tecrübelerin etkin olduğu görülmektedir. Tecrübesizlik ve insani şartlar sebebiyle kararlar her zaman gerektiği yönde doğru olarak verilemeyebilir (Ömürbek ve Altın, 2009). Klinik karar destek sistemleri doktorların hasta teşhis ve tedavisinde güncel bilgileri doktorların kullanımına sunarak en doğru kararı verebilmesi için dayanak olan bilişim sistemi uygulamalarıdır (Özata ve Aslan, 2004).
- Hemşire bilgi sistemleri: Bilişim sistemleri, hemşirelik hizmetlerinin elektronik ortamlarda planlanabilmesi, saklanabilmesi ve iletilebilmesi için bir zorunluluk haline gelmiştir (Ömürbek ve Altın, 2009). Klinik uygulamalarda, eğitim ve yönetim hizmetlerinde kullanılmaktadır (Özata, 2004).
- Tıbbi görüntü yönetim ve depolama sistemleri: Reçeteler, tetkik sonuçları gibi verilerin yanında medikal görüntülerin de depolanması gerekmektedir. Medikal görüntülerin saklanması için PACS (Picture Archiving and Communications System-Resim Arşivleme ve İletim Sistemi) sistemleri geliştirilmiştir (Ömürberk ve Altın, 2009). PACS, farklı birimlerde bulunan görüntüleme sistemlerinde bulunan görüntülerin bir alanda depolanmasına ve gerekli olduğunda farklı yerlerdeki kullanıcıların kullanabilmesine olanak sağlayan elektronik film arşiv sistemidir (Özata, 2004).
- Hasta takip sistemleri: Genellikle yoğun bakım olarak bilinen, tedavi ve hasta bakımından yüksek teknoloji tıbbi cihazlar ve bu alanda eğitilmiş sağlık personellerinin bulunduğu hastanenin bir bölümüdür. Hasta takip sistemleri ile hastanın kalp atımı, kan basıncı, oksijen saturasyonu, solunum sayısı, vücut ısısı gibi yaşam sinyallerini devamlı takip edilebilmektedir.
- Klinik iletişim sistemleri: Hastane içerisinde iletişim çoğunlukla telefon ile gerçekleştirilmektedir. Fakat telefona ulaşımın acil durumlarda olanaksız olması ve acil bir durumda ayrıntılı bilgi sağlanamaması, hastayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Mobil iletişim araçları ile sorunların çözümüne ve sağlık hizmetinde ihtiyaç duyulan bilgilerin tam olarak karşılanmasını sağlamaktadır.

- Teletıp: Sağlık merkezlerine olan uzaklıktan kaynaklanan problemlerin olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için elektronik bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Teletıp sayesinde doktor ve hasta arasında ulaşım zamanı azalır ve bilgilere gerekli olduğu durumlarda anında ulaşmak mümkün olmaktadır (Ömürbek ve Altın, 2009).
- Vaka bileşimi sistemleri: Sağlık sistemi çıktılarını ve hastaların sağlık açısından benzerliklerine bağlı olarak gruplandırarak, klinik ve ekonomik olarak kategorize edilmesini sağlayan bilişim sistemidir (Ömürbek ve Altın, 2009).
- Sanal gerçeklik uygulamaları: Tıpta özellikle eğitim, teşhis ve tedavi amacıyla sahip olunan mevcut verilerin bilgisayar desteğiyle işlenmesi ve tıbbi işlemlerde diğer yöntemlerle desteklenmesidir. Özellikle cerrahi eğitimde çok faydası bulunmaktadır. Sanal gerçeklik uygulamasıyla hasta zarar görmeden vaka çalışmaları yapılabilmektedir (Ömürbek ve Altın, 2009).
- Akıllı kart uygulamaları: Hasta her an yaşadığı yeri değiştirebilir bu nedenle hasta kayıtları merkezi bir sistemde erişilebilir olmalı veya depolanan sağlık verileri hasta başka bir yere gittiğinde beraberinde taşınabilir olmalıdır. Saklanan verilerin yalnızca bilgisayar ortamında olması yeterli değildir. Gerekli olduğu yerde kayıtların ulaşılabilir olması önemlidir. Bu problemlerin ortadan kalkması için akıllı kart uygulamaları geliştirilmiştir (Özata, 2004).
- Hastane bilgi sistemleri: Hastaneler fazla miktarda bilgilerin toplandığı ve depolandığı sağlık kuruluşlarıdır (Özata, 2004). Yönetim işlevlerinde ve tıbbi bilgilerin saklanmasına amacıyla bilgi sistemlerinin desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde kullanılan hastane bilgi sistemi bileşenleri; hasta kayıt kabul, hasta yatış/taburcu, hasta takip, hasta sevk, merkezi yatış, acil servis, insan kaynakları, gönüllü çalışma, sağlık kurulu, satınalma / malzeme, genel muhasebe, telefonla randevu sistemi, laboratuvar ve eczaneden oluşmaktadır (Ömürbek ve Altın, 2009).

2.8.2. Teşhis ve Tedavi Sistemleri

Tüm sağlık problemlerinin çözümünde tıbbi teknoloji ve sistemlerden yararlanılmaktadır. Örneğin; bilgi işlem, test analizleri, çoklu test sonuçlarının değerlendirilmesinde yapay zekânın kullanılması teşhis konulmasında büyük katkı sağlamıştır (Özata, 2004). Teşhis ve

tedaviye dayanak olan görüntüleme ve laboratuvar teşhis sistemleri ve çeşitli uygulamalardan oluşmaktadır. (Ömürbek ve Altın, 2009).

2.9. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNTERNET UYGULAMALARI

Her sektörde olduğu gibi hiçbir zaman önemini kaybetmeyen sağlık sektörü ile ilgili internette birçok site bulunmaktadır. Dünyanın üzerindeki tüm insanlar bu sitelere erişim sağlayarak bilgi, ürün ve hizmet alabilmektedirler. Hastaların, doktorların ve hastane gruplarının web sitesinde birleştirilmesi tıbbi verilerin sağlık kuruluşları arasında kolayca aktarılması, tıbbi verilerin hastalara ulaştırılması amaçlanmıştır. Bu sayede klinik hizmetlerin kalitesi artarak süreç daha verimli hale gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinde bilişim teknolojileri ile birlikte, özellikle mobil teknolojiye dayalı sağlık hizmetleri uygulamaları geliştirmekte olan ülkelerde daha erişilebilir ve daha ucuz hizmet sunumunun mümkün olmasını sağlamıştır. Teknolojinin gelişmesiyle, hizmet sunum platformunun güvenilirliği ve verimliliği, hizmet sağlayıcının bilgisi ve yeterliliği, gizlilik ve bilginin güvenliği ve bu hizmetlerin müşteri tarafından algılanan kalitesi ile ilgili kaygılar ve memnuniyet, gelecekteki kullanım niyetleri ve yaşam kalitesi üzerine etkileri giderek artmaktadır (Akter ve diğ. 2010).

E-sağlık; internet, bilgisayar, telefon, kablosuz iletişim ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına, bakım yönetimine, eğitime ve sağlığa doğrudan erişim gibi geniş kapsamlı teknolojiler olarak tanımlanmaktadır. Özellikle e-nabız gündemde olan en etkin sağlık hizmetlerinden (Akter ve diğ. 2010).

E-sağlık bilgi ve iletişim teknolojilerini işlevlerinin tamamını insanların hizmetine sunmaktır. Sağlık hizmetlerine kolay ulaşılmasını, etkin ve kaliteli hizmet verilmesini sağlamaktadır (Ömürberk ve Altın, 2009).

2.9.1. E-Nabız

Hizmet ve üretim süreçlerinde bilginin merkezi rol oynaması bilgi toplumunun en önemli özelliğidir. Günümüzde bilginin, para, emek, enerji gibi birçok faktörden daha önemli olduğu belirlenmiştir ve yeni iktisadi ve verimlilik paradigmaları ortaya çıkmaktadır. İşletmeler ve ekonomiler sürece uyum sağlamak için yeniden yapılandırılmakta, bilginin ve bilgiyi aktaran şekillerin üretim ve dağıtımını da tekrar organize edilmektedir. Tekrar organize edilmek için

biriktirilen veriler, farklı yönlerden birbirleriyle bağlantı kurularak “enformasyon” hâline gelerek bilgi zenginliğini arttırmak amacıyla en gerekli kaynak özelliğini elde etmektedir. Bilgi, çeşitli girdilere (hammadde, emek, zaman, sermaye) olan ihtiyacı ihtiyacı azalttığından, bilgi her şeyi ikame edebilmektedir, ileri bir ekonominin temel kaynağı olmasından dolayı önemi hızlı bir şekilde artmaktadır.

Bilgi sistemleri, hedeflere ulaşmak amacıyla, girdilerin çıktılara dönüşmesini sağlayacak şekilde organize edilmiş insan, bilgi, işletme süreci ve bilgi teknolojisinin örgütlenmiş bir bütünüdür. Bilgi sistemi, girdi-süreç-çıkıtı açısından bakıldığında oranizasyonların insan kaynağının becerilerini bilgi teknolojisini kullanarak avantajlı hale gelmesi için düzenleme yapmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde, hizmet kullanıcılarının beklentilerinin artması ve sonuca hızlı bir şekilde ulaşmak istemelerinden bilgisayar sistemlerinin kullanımı giderek artmıştır. Bu kullanım klinik karar verme süreçlerine yardımcı olan sistemlerin artmasıyla yaygınlaşmaktadır. E-Nabız tüm sağlık müşterilerinin sağlık durumunun takip edilebilmesi amacıyla kurulması planlanmıştır. E-Nabız, 2015 tarihinden bu yana insanların bireysel olarak yönetebildikleri kişisel sağlık sistemleridir. Bu sistem sayesinde sağlık hizmeti veren organizasyonlarda toplanan kişisel sağlık verilerine gizlilik, güvenlik, bütünlük ve mahremiyeti koruyarak ulaşabilmekte ve daha önceki sürece yönelik teşhis, tedavi, ilaç kullanımı gibi sağlık geçmişlerini internet veya mobil cihazlar üzerinden görüntüleyebilmektedirler (Yorulmaz ve diğ. 2018).

E-Nabız platformu, tanı, tetkik ve tedaviler nerede yapıldığının herhangi bir önemi olmadan, sağlık bilgilerinin tamamını yönetebilen, tıbbi özgeçmiş tek bir noktadan ulaşmayı sağlayan bireysel sağlık kaydı sistemidir. İnsanların belirli kısıtlamalarla verdiği yetki ile sağlık kayıtlarının doktorlar tarafından incelendiği, teşhis ve tedavi sürecinin kalitesini ve hızını artıran, insanlar ve doktor arasında güçlü bir iletişim ağının kurulmasını sağlayan, internet üzerinden güvenli bir şekilde erişimin olanağına sahip kapsamlı, sağlık bilişim alt yapısıdır (E-Nabız Klavuzu, 2018).

E-Nabız'ın amaçları:

- Farklı doktorlara gidildiğinde sistemden önceki bilgilere ulaşarak sağlık kayıtlarının paylaşılması ile tekrar eden sağlık harcamalarını azalmak,
- İnsanların kendi sağlık verilerini kolayca takip edebilmesi ile önleyici sağlık faaliyetlerinde büyük bir adım olanağının sağlanması,
- Kişiyeye özgü sağlık verilerinin bilinmesi ve takip edilmesi,
- Tedavi süreci kalitesinin artması ve kamusal yarar sağlanması,
- Acil durumlarda, tek bir giriş ara yüzü üzerinden Bakanlık sistemlerine ulaşarak kişinin gerekli bilgilerine hızlı erişim imkânı vermesidir (E-Nabız Tanıtım Rehberi, 2015).

2.10. TÜRKİYE'DE SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ

Yapılan araştırmalarda özellikle kullanılan yazılımlar üzerinde durulmuştur. Türkiye'de birçok hastane bilgi yönetim sistemi yazılımı vardır. Standartlığı sağlamak için Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü içerisinde Standart ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Mevcut tüm yazılımların her hastanede kullanılabilmesi mümkün değildir. Bu nedenle belirli standartların olması gerekmektedir. Bu şartları sağlamayan yazılımlar pasif listeye alınmaktadır. Yazılımların arayüzleri farklı gibi görünse de köken olarak birbirinin aynısıdır.

Sağlık bilgi sistemleri ile ilgili standartların ortaya konulması bütünleşik karar destek sistemlerinin geliştirilmesi anlamında Türkiye'nin bir ilki gerçekleştirdiği teknolojilere örnek olarak E-nabız ve ilaç takip sistemleri gösterilmektedir.

İlaç takip sistemi, akılcı ilaç kullanım sistemlerini destekleyen algoritmaların yer aldığı veri tabanının bulunduğu bir sistemdir. Bu sistemde doktora “bu tanıyla yazdığın reçete uyumlu değil”, “bu iki ilaç birlikte hastaya yazılamaz” gibi uyarılar ekrana gelmektedir. Bu sayede yanlış reçete ve gereksiz ilaç yazımı önlenmektedir. Doktorların tamamına hastaların tanısına göre yazdıkları ilaçları raporlayan sistemler kurulmuştur. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi adlı teknoloji platformu oluşturulmuş ve mobil uygulamada kaza çeşitleri tasnif edilmiştir.

Bir diğer proje olan Tele-Radyoloji sayesinde hastaların tekrar radyasyon almasının önüne geçilebileceği aynı zamanda pahalı tetkiklerin ikinci kez yapılmasının önlenebileceği belirtilmiştir. Bu nedenle bilişim altyapısı kurulmuştur. Günümüzde çok aktif olarak kullanılamamaktadır.

Ayrıca SGK akıllı kimlik kartları ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır, kartların üzerinde bulunan çip sayesinde biyometrik kimlik doğrulama da yapılacaktır. Yani avuç içi ve parmak-damar bu kartlarla sağlanacaktır. Hastanelerdeki cihazlar 1-1,5 yıl sonra kullanılmayacaktır. Bu kartlar kullanılmaya başlandığında cihaza hem hasta hem de doktor kartını takacak ve şifrelerini girecekler ardından kimlik doğrulaması yapacaklardır. Daha sonra tedaviye başlanacaktır. Kişinin TC numarası yazılarak avuç içi okutulmaktadır. Bir avuç içine birçok TC kaydedilebilir. Bu durum hastane ve hasta bilgilerinin korunması açısından oldukça tehlikelidir (Göktaş ve diğer. 2017).

3. MALZEME VE YÖNTEM

3.1. VAKA ANALİZİ

Sağlık hizmetlerinde modülerliğin müşteri memnuniyetine etkisini ölçmek amacıyla hastaların ayaktan tedavi görebildiği ve ilk olarak başvurduğu, tahlil ve kanser tarama tetkiklerinin devlet hastanesi ve kanser tarama merkezlerince yapıldığı, sonuçların e-nabız platformundan takip edilmesi noktasında modüler bir sistemin müşteri memnuniyetine etkisini tespit etmek amacıyla I.basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

Aradaki farkı net bir şekilde ayırt edebilmek amacıyla anket çalışması; ilk önce e-nabız platformundan haberlerinin olup olmaması ya da aktif kullanıp kullanılmaması gözetilmeksizin I.basamak sağlık kuruluşundan hizmet alan müşterilere (hastalara), daha sonra ise e-nabızdan haberdar, platformu tam anlamıyla kullanabilen I.basamak sağlık kuruluşundan hizmet alan müşterilere (hastalara) yapılması sebebiyle analiz kısmı iki aşamadan oluşmaktadır.

Bolu İl Sağlık müdürü, Ar-Ge ve istatistik birimi ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bolu il sağlık müdürlüğü yönlendirmesi ile I.basamak sağlık kuruluşları (ASM, Sağlık Ocağı ve TSM) hekimleri ve çalışmanın verimliliğini arttırmak amacıyla İstanbul'da görev yapan ASM hekimleri ile görüşmeler yapılarak, elde edilen bilgiler doğrultusunda anket soruları oluşturulmuştur.

3.2. ÇALIŞMADA İNCELENEN PLATFORM VE MODÜLLERİN TANIMI

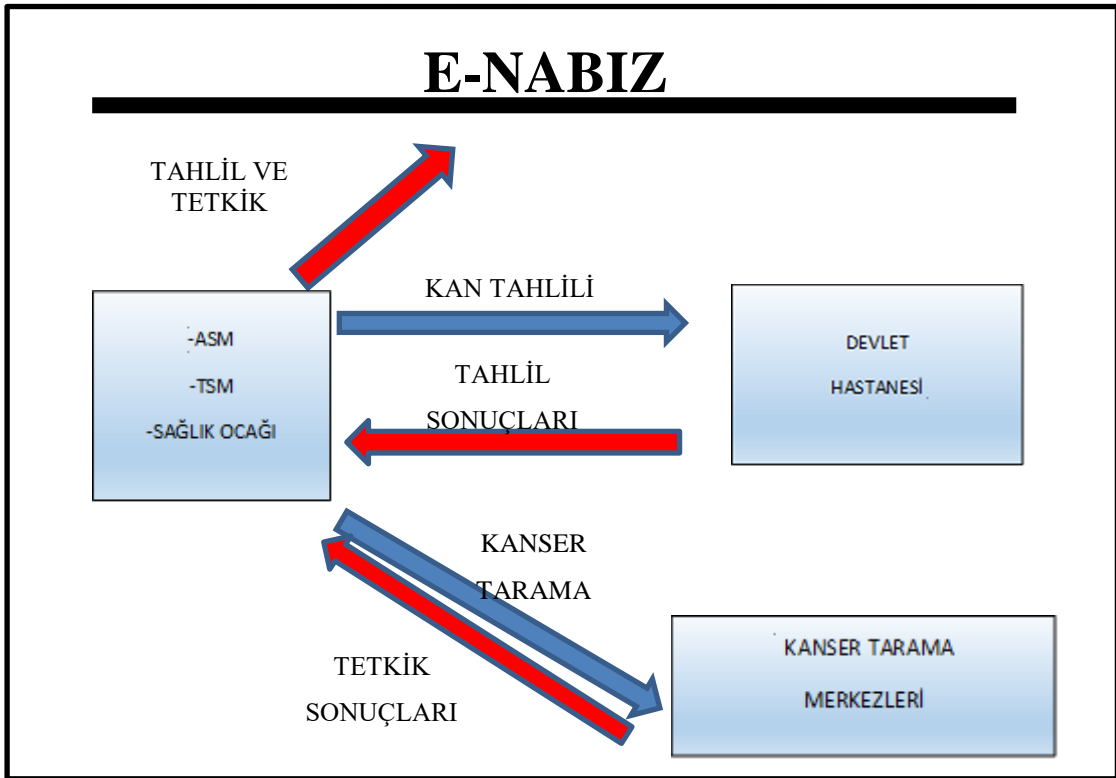
I.basamak sağlık kuruluşuna giden bir hasta tahlil yaptırmak istediğinde hastanın kanları alınarak devlet hastanesinin laboratuvarında incelemeler yapıp sonuçları I.basamak sağlık kuruluşuna gönderilerek hastaların bilgisine sunulmaktadır. I.basamak sağlık kuruluşu ve devlet hastanesinin modülerlik bağlamında incelendiğinde bu süreçte birbirlerine gevşek bağlı olduğu görülmektedir.

I.basamak sağlık kuruluşlarında bulunan aile hekimleri kendi sistemlerinde kayıtlı olan hastaların kanser tarama tetkiklerini yaptırıp yaptırmadıklarını kontrol ve takibini yapmakla

görevlidirler. Bu süreçte hastalarına hangi periyotlarla kanser tarama yaptırmaları gerektiği bildirilerek kanser tarama merkezlerine yönlendirilmektedirler. Kanser tarama merkezlerinde yapılan tetkik sonuçları sağlık bakanlığının sistemine kaydedilmekte ve hastaların kayıtlı olduğu aile hekimlerinin sistemine bu sonuçlar aktarılmaktadır. Bu tetkik sürecinde de tahlil sürecinde devlet hastanesi olduğu gibi kanser tarama merkezleri ile de I.basamak sağlık kuruluşu arasında gevşek bağlılık söz konusudur.

Günümüzde I.basamak sağlık kuruluşunda yapılan tahlil ve tetkikler, hastanın kullandığı ilaçlar, kısaca hastaların geçirdiği tıbbi süreçlerin takip edilebilmesine olanak sağlayan e-nabız platformuna çeşitli arayüzlerle aktararak saklanabilmekte, gerektiğinde ulaşılabilen, böylelikle hem tedavi süreci hastalar farklı doktorlara gittiklerinde daha sağlıklı bir şekilde işleyebilmekte hem de hastanın MR, tomografi, röntgen gibi radyasyon almasına gerektiren teşhis yöntemlerine tekrar tekrar maruz kalması önlenmektedir.

I.basamak sağlık kuruluşunun devlet hastanesi ve kanser tarama merkezleri ile arasındaki gevşek bağlılık, sağlık kuruluşundaki verilerin arayüzler ile e-nabıza aktarılması çalışmada modülerliği ön plana çıkarmıştır. Şekil 3.1’de modüler yapı görsel olarak ifade edilmiştir.



Şekil 3.1: Çalışmanın genel şablonu.

3.2.1. E-Nabız

E-Nabız sağlık işletmelerinden elde edilen verilere insanların internet ve mobil cihazlar aracılığıyla erişebilmesini sağlayan uygulamadır. Muayene, tetkik, tanı ve tedavilerin nerede yapıldığının önemi olmadan, mevcut bütün sağlık bilgilerinin yönetilebildiği, tıbbi özgeçmiş tek bir platformdan ulaşmanın mümkün olduğu şahsi sağlık kaydı sistemidir. Kullanıcının verilerini ne kadarının paylaşılacağı konusunda sisteme verdiği izin çerçevesinde tıbbi kayıtları doktorlar tarafından değerlendirilebilir, böylece tanı ve tedavi sürecinin kalitesi artar ve tedavi süresi kısalmır. Hasta ve doktor arasında iletişim kurulmasına olanak sunan, internet üzerinden emniyetli bir şekilde erişilebilen geniş ve kapsamlı sağlık bilişim alt yapısıdır.

Ürünlerde platform tanımlanırken, ürünler arasında paylaşılacak ortak modülleri belirlenmektedir. Platformlardan bahsederken “ortak” ve “benzer” terimleri, bir ürün ailesinde hangi modüllerin paylaşılması gerektiğini açıklamak için kullanılmaktadır. Bu bilgilere dayanarak hizmet sektöründe ise e-nabız, devlet hastanesi, kanser tarama merkezleri ve ASM’ler ile arasında ortak veri paylaşımı, bilgi akışı olduğundan platform olarak değerlendirilmektedir.

3.2.2. Devlet Hastanesi

Sağlık sektöründe modüler bir yapıdan bahsedebilmek için çeşitli şekillerde birleştirilebilecek bağımsız, değiştirilebilir parçaların belirgin olması, bu parçaların çeşitli şekillerde birleştirilmesi ve bir bütün oluşturmasını sağlayan mekanizmalar olmalıdır.

Çalışmada I.basamak sağlık kuruluşlarında (Sağlık Ocakları, ASM, TSM) tahlil yaptırmak isteyen bir hastanın kan tüpleri devlet hastanesinin laboratuvarına veya özel laboratuvarlara gönderilerek analiz yapılır ve sonuçları sağlık kuruluşuna gönderilmektedir. Modülerliğin çeşitli şekillerde birleştirilebilir değiştirilebilir parçalardan oluşma özelliğinden yola çıkılarak devlet hastanesi modül olarak kabul edilmektedir.

3.2.3. I.Basamak Sağlık Kuruluşları

I.basamak sağlık kuruluşları (TSM, ASM, Sağlık Ocakları) tahlillerin ve kanser tarama takiplerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Modülerlik çerçevesinde bakıldığında I.basamak sağlık kuruluşunda yapılan işlemler devlet hastanesi ya da ketem gibi kuruluşlarda yapılmaktadır. Fakat I.basamak sağlık kuruluşlarında hastanın takibi ve konforu açısından

etkili olmaktadır. Literatür incelendiğinde modülerliğin değiştirilebilir parçalar içermesi özeliğinden yararlanarak I. basamak sağlık kuruluşları çalışmamızda modül olarak ele alınmıştır.

3.2.4. Kanser Tarama Merkezi

Kanser tarama merkezleri halkın kanser ve erken teşhis ile kanser taramasının önemi hakkındaki bilinci artırmak, genç yaşta yakalanan kanser türlerinde erken teşhis ve halk tabanlı tarama faaliyetlerini sürdürmek, bulunduğu şehirde kanser taramasında aktif rol oynamak, bahsedilen faaliyetler sonucunda da önlenebilen ve erken yakalanmanın mümkün olduğu kanser türlerini azaltmak amacıyla kurulmuştur. Kanser tarama merkezlerinde, kanserden korunma ve tarama yöntemleri ile ilgili özel eğitim almış pratisyen doktorlar, uzman doktorlar, hemşire, ebe, röntgen ve laboratuvar teknisyeni tıbbi sekreterler görev yapmaktadırlar.

Kanser tarama merkezlerinde sürdürülen kanser tarama hizmetleri aşağıdaki gibidir:

- Meme Kanseri Taraması
- Serviks (Rahimağzı) Kanseri Taraması
- Kolon (Kalınbarsak) Kanseri Taraması

Kanser tarama merkezlerinde yapılan tetkikler aile hekimleri tarafından takip edilmekte ve e-Nabız'a tetkik sonuçları yüklenmektedir. Kanser tarama merkezlerinde yapılan tetkik sonuçlarına Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı sitesinden ulaşabilmektedir. Modüler yapıda gevşek bağlılık özelliği göz önüne alınarak kanser tarama merkezleri çalışmada modül olarak ele alınmıştır.

3.3. I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETERİNDE MODÜLERLİK VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ UYGULAMASI

SERVQUAL, hasta memnuniyetini ölçmek için çeşitli araçlar arasında en yaygın kullanılan araçtır. Yapılan araştırmalarda SERVQUAL modeli ilk olarak on boyut (güvenilirlik, duyarlılık, yetkinlik, erişim, nezaket, iletişim, güvenilirlik, güvenlik, müşteriye anlama / tanıma, fiziksel özellikler) olarak tanımlanmaktadır. Fakat yapılan çalışmaya göre daha az sayıda boyut ya da ek boyut tanımlanabilmektedir. Yapılan çalışmada modülerlik çerçevesinde memnuniyet analizinden iyi bir sonuç alabilmek için modüllerimiz göz önünde

bulundurularak beş kalite boyutu (somut özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güvenlik ve empati) ele alınmıştır.

Araştırmanın temel amacı sağlık hizmetlerinde modülerliğin müşteri memnuniyetine ilişkin algılanan hizmet kalitesini tespit ederek modülerlik ile ilişkisini incelemektir. Araştırmanın bağımsız değişkeni modüler sağlık hizmetleriyken bağımlı değişkeni Algılanan Hizmet Kalitesi (SERVQUAL) puanıdır. Araştırmanın kontrol değişkenleri cinsiyet, yaş ve eğitim seviyesi gibi demografik değişkenlerdir.

Modülerlik çerçevesinde I.basamak (Sağlık Ocağı, TSM, ASM) sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmanın evrenini Bolu il merkezinde faaliyet gösteren ASM, TSM ve sağlık ocaklarından hizmet almış olan hastalar oluşturmaktadır. Analizin ilk kısmında seçilen 3 farklı I.basamak sağlık kuruluşunda kayıtlı olan ortalama hasta sayısı evren olarak dikkate alınmıştır. Bu çerçevede kayıtlı olan 1000 kişi evren olarak kabul edilmiştir. Evrenin belli olması durumunda bu sayı dikkate alınarak %95 güven aralığında ve %5 hata toleransı ile basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak 280 müşteri (hasta) araştırmaya dâhil edilmiştir.

Analizin ikinci kısmında ise araştırmanın evrenini Bolu il merkezinde faaliyet gösteren ASM, TSM ve sağlık ocaklarından hizmet almış olan e-nabız platformu hakkında yeterli bilgiye sahip hastalar oluşturmaktadır. Seçilen I.basamak sağlık kuruluşunda tek bir doktora kayıtlı olan ortalama hasta sayısı evren olarak dikkate alınmıştır. Bu çerçevede kayıtlı olan 100 kişi evren olarak kabul edilmiştir. Evrenin belli olması durumunda bu sayı dikkate alınarak %95 güven aralığında ve %5 hata toleransı ile basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak 80 müşteri (hasta) araştırmaya dâhil edilmiştir. Birinci ve ikinci analiz için örneklem büyüklükleri Tablo 3.1'e göre belirlenmiştir.

Tablo 3.1: Evrene göre örneklem büyüklükleri.

%95 güvenle	
N	n
50	44
100	79
200	132
500	217
1.000	278
2.000	322
5.000	357
10.000	370
20.000	377
50.000	381
100.000	383
1.000.000	384

Araştırma içerisinde verileri elde etmek amacıyla anket kullanılmıştır. Anket soruları içerisinde “sağlık hizmetlerinde modülerliğin hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri” inceleyebilmek için Sevimli (2006)’nin tez çalışmasından ve Akdere ve diğ. (2018)’nin makalelerindeki SERVQUAL soru formlarından faydalanılarak ve revize edilerek anket soruları oluşturulmuştur. Araştırmada katılımcının en az bir defa ilgili sağlık kuruluşunun hizmetinden faydalanmış olması koşulu aranmıştır.

Anket sorularında sağlık hizmeti kalitesindeki hasta algılarını ölçmek için beş seviyeli Likert maddesiyle (5 = kesinlikle katılıyorum, 1 = kesinlikle katılmıyorum) tasarımı SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır.

SERVQUAL soru formu herkesin kolayca anlayabileceği cevaplayabileceği basitlikte hazırlanmıştır, dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastaların sağlık hizmetlerinde modülerliğin müşteri memnuniyeti ile ilgili beklentilerine ilişkin 19 adet farklı niteliği mükemmel I.basamak sağlık kuruluşlarının bu niteliklere ne derece sahip olmaları gerektiği 5 seviyeli Likert ölçeği (5 = kesinlikle katılıyorum, 3 = ne katılıyorum ne katılmıyorum, 1 = kesinlikle katılmıyorum) ile değerlendirmeleri istenmiştir. Anket katılımcılarının ikinci bölümde tanımlarının bulunduğu hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre toplamalarının 100’ü sağlayacak şekilde puan vermeleri istenmiştir. Üçüncü bölümde, hastaların (müşterilerin) Bolu ilindeki I.basamak sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmeti göz önüne alarak 19 adet özelliğe 5 seviyeli Likert ölçeği kullanarak yanıtlamaları, dördüncü

bölümde ise demografik özelliklerin belirlenmesine yönelik soruları cevaplandırmaları istenmiştir.

Ankette 5 boyuta (somut özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati) ilişkin sorular yer almaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda modülerliğin somut özelliklerinin ve güvenilirliğin müşteri memnuniyetine daha fazla etkisi olduğu düşünüldüğünden anket 19 önermeden oluşmaktadır.



4. BULGULAR

4.1. BİRİNCİ VE İKİNCİ ANALİZ İÇİN SERVQUAL PUANI HESAPLAMASI

SERVQUAL puanı müşterilerin (hastaların) ankette algılanan ve beklenen ifadelerine verdikleri puanlar arasındaki farka dayanmaktadır.

SERVQUAL Puanı = Algı Puanı – Beklenti Puanı

$P(n) = A(n) - B(n)$

$P(n)$ = (n). ifadenin fark puanı

$A(n)$ = (n). algı ifadesinin puanı

$B(n)$ = (n). beklenti ifadesinin puanı

Sonrasında ortalama fark puanları hesaplanmıştır.

$SQ(m)$ = m. faktör için ortalama fark puanı

i = Boyutlara ait ifade sayısı

$SQ(m) = (P(i1) + P(i2)...)/i$

Her faktörün puanı bulunduktan sonra puanlar toplanır, faktör sayısına bölünür ve ortalama SERVQUAL puanı elde edilmiş olur.

m = Toplam faktör sayısı

$SQ(m)$ = m. faktör için ortalama fark puanı

Ortalama SERVQUAL Puanı = $(SQ(m1) + SQ(m2) + SQ(m3) + SQ(m4) + (SQ(m5)) / 5$

Birinci analiz (e-nabız platformunun pratik olarak kullanılıp kullanılmadığı yada e-nabız hakkında yeterli bilgiye sahip olup olunmadığı gözetilmeksizin yapılan analiz) SERVQUAL puanı Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Birinci analiznin ortalama SERVQUAL puanı.

Boyutlar	Algılanan Değerlerin	Beklenen Değerlerin	SERVQUAL Puanı
	Ortalaması	Ortalaması	
Somut Özellikler	3,9976	4,8875	-0,8899
Güvenilirlik	4,0375	4,9455	-0,9080
Heveslilik	3,8643	4,8798	-1,0155
Güven	3,7857	4,6411	-0,8554
Empati	3,7429	4,7625	-1,0196
		Σ	-3,8330
		$\Sigma / 5$	-0,7666

Ek olarak müşterilerin (hastaların) belirtilen beş boyuta puanlan verdikleri bölümden elde edilen bulgular ile müşterilerin kalite boyutlarına ayrı ayrı verdikleri önem yani ağırlık katsayıları (k) hesaplanmıştır.

Tablo 4.2: Birinci analiznin ağırlık katsayıları.

Ağırlık katsayıları	Değeri
k1 (empati)	0,2147
k2 (heveslilik)	0,2237
k3 (somut özellikler)	0,1976
k4 (güvenilirlik)	0,2066
k5 (güven)	0,15725

Ağırlık katsayılarına baktığımızda ankete katılanların en fazla ikinci kalite boyutuna (heveslilik) önem verdiği, ikici olarak ise birinci kalite boyutuna (empati) önem verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların en az önem verdiği ise güven boyutudur.

Ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanını hesaplamak için ağırlık katsayıları SERVQUAL puanı ile çarpılır.

Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı = (SQ1*k1+ SQ2*k2+ SQ3*k3+ SQ4*k4+ SQ5*k5)

Tablo 4.3: Birinci analiz için ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı.

Ağırlık Katsayıları	Değeri	Boyut Puanları	Değeri	k*SQ(m)
k1 (empati)	0,215	SQ1	-1,0196	-0,2189
k2 (heveslilik)	0,224	SQ2	-1,0155	-0,2272
k3 (somut özellikler)	0,198	SQ3	-0,8899	-0,1758
k4 (güvenilirlik)	0,207	SQ4	-0,9080	-0,1876
k5 (güven)	0,157	SQ5	-0,8554	-0,1345
			Σ	-0,9440
			$\Sigma / 5$	-0,1880

İkinci analiz için (e-nabız platformundan haberdar olan ve pratikte kullanan müşterilere (hastalara yapılan analiz) SERVQUAL puanı Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4: İkinci analiz için SERVQUAL puanı.

Boyutlar	Algılanan Değerlerin Ortalaması	Beklenen Değerlerin Ortalaması	SERVQUAL PUANI
Somut Özellikler	4,9271	3,9625	0,9646
Güvenilirlik	4,8156	3,9688	0,8469
Heveslilik	4,4542	4,4958	-0,0417
Güven	4,5625	4,2125	0,3500
Empati	4,6188	4,4438	0,1750
			Σ 2,2948
			$\Sigma/5$ 0,4590

Ayrıca müşterilerin (hastaların) belirtilen beş boyuta puanları verdikleri bölümden elde edilen bulgular ile müşterilerin kalite boyutlarına ayrı ayrı verdikleri önem yani ağırlık katsayıları (k) hesaplanmıştır.

Tablo 4.5: İkinci analiz için ağırlık katsayıları.

Ağırlık Katsayıları	Değeri
k1 (somut özellikler)	0,148
k2 (güvenilirlik)	0,115
k3 (heveslilik)	0,180
k4 (güven)	0,101
k5 (empati)	0,444

Ağırlık katsayılarına baktığımızda ankete katılanların en fazla beşinci kalite boyutuna (empati) önem verdiği, ikinci olarak ise üçüncü kalite boyutuna (güvenilirlik) önem verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların en az önem verdiği ise güven boyutudur.

Tablo 4.6: İkinci analiz için ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı.

Ağırlık Katsayıları	Değeri	Boyut Skorları	Değeri	K*SQ(m)
k1	0,444	SQ1	0,1750	0,077765625
k2	0,180	SQ2	-0,0417	-0,0075
k3	0,148	SQ3	0,9646	0,142878906
k4	0,115	SQ4	0,8469	0,097390625
k5	0,101	SQ5	0,3500	0,0354375
			Σ	0,345972656
			$\Sigma/5$	0,069194531

4.2. İ.BASAMAK SAĞLIK HİZMETERİNDE MODÜLERLİĞİN MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİNE YÖNELİK ANALİZLER

4.2.1. Anketin Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirliğini ölçmek amacıyla kullanılan testler; “Cronbach Alpha (CA), İkiye Bölme (split), Paralel ve Mutlak Kesin Paralel (strict)” dir. Kullanılan tüm ölçütlerden elde edilen sonuç %70’den fazla olduğunda iç tutarlık ve güvenilirlik sağlanmış olur. Tablo 4.4’ten görüldüğü üzere 4 ölçüt sonuçlarında %70 değeri aşılmış, güvenilirlik sağlanmıştır. Bu durum analiz çıktılarının güvenilir olduğu belirlenmesini sağlamıştır.

Tablo 4.7: Anketin güvenilirlik analizleri sonuçları.

Kriterler	Anketin Güvenirlilik Sonuçları
Cronbach_Alpha	0.939
Split	0.938-0.939
Parelel	0.938
Strict	0.939

4.2.2. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları

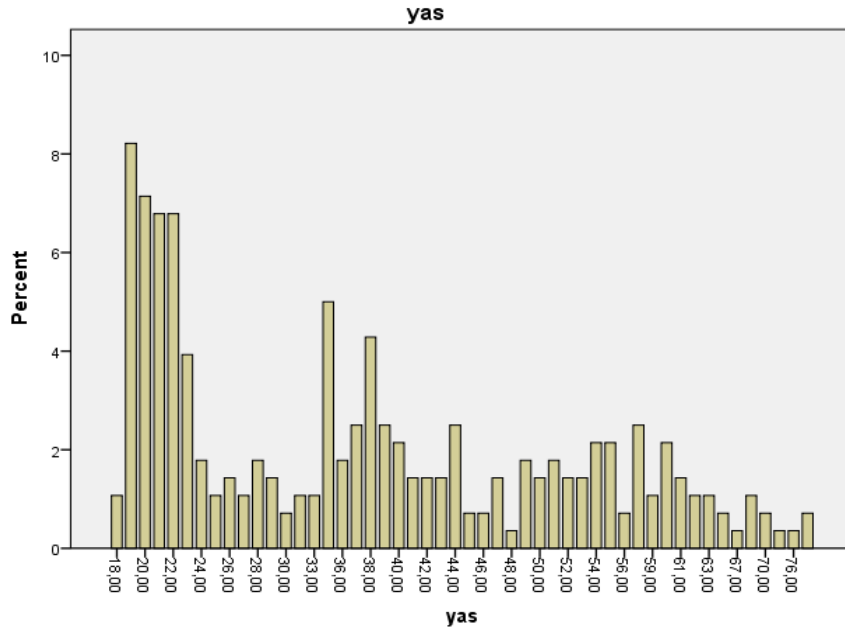
Katılımcıların anketteki soruları cevaplandırırken samimiyetle duygu ve fikirlerini ortaya koydukları düşünülmüştür. Ayrıca, ölçeği istekli olarak cevapladıkları, doğrulukla ve boş bırakmadan anketi sonuçlandırdıkları varsayılmıştır. Ankete cevap verirken tüm sözcükler anlamına göre algılanmış kavram karmaşası yaşanmadığı varsayılmıştır. Anketteki cevap sayısının artış çalışmaları sırasında bazı sıkıntılar yaşanmış, kişiler zamanları olmadığını belirterek cevaplamayı red etmişlerdir. Katılımın arttırılması en önemli kısıtı oluşturmuştur. Ayrıca, anketin uygulandığı tarihler arasında sağlık ocağına gelmeyen kişiler örneklem dışında kalmıştır.

4.3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Çalışmada, verilerin analizi IBM SPSS 24.0 sürümü yardımıyla gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, anketteki demografik bilgiler bölümü soruları için sıklık (frekans) dağılımı verilmiştir. Daha sonra, anketin ikinci bölümündeki boyutlar (ölçekler) için yüzde cevap ve ortalama cevap sonuçları ile ankete yönelik güvenilirlik kriterleri sonuçları verilmiştir. Diğer aşamada açıklayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmış, elde edilen faktörlere Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normal dağılım testi yapılmıştır. Bu testlerden elde edilen veriler doğrultusunda, faktörler normal dağılımlı olmadığı için grup farklılıklarının testinde 2'li gruplar için bağımlı örnek testi olan Wilcoxon testi analiz edilmiştir. Farklılıkların sebebinin belirlenmesinde ortalama sıra (mean rank) değerlerine bakılmıştır.

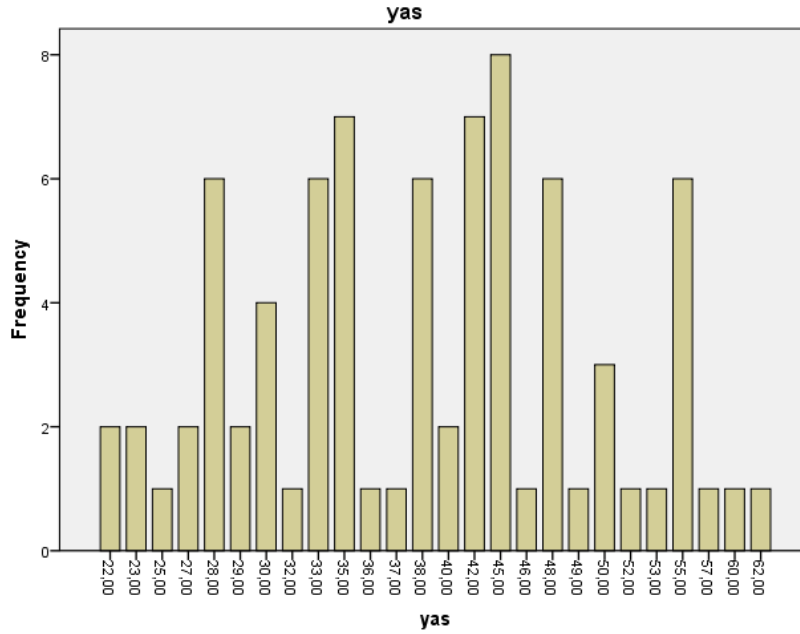
4.3.1. Demografik Bilgiler İçin Sıklık (Frekans) Dağılımı

Ankette demografik bilgiler olarak yaş, cinsiyet ve eğitim durumu göz önüne alınmıştır. Birinci analiz için anket katılımcılarının yaş dağılımı Şekil 4.1'de, ikinci analiz için anket katılımcılarının yaş dağılımı Şekil 4.2'de, cinsiyet ve eğitim durumları Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7 ve Tablo 4.8'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1: Birinci analiz için anket katılımcılarının yaş sıklık (frekans) dağılım grafiği.

Katılımcıların yaş dağılımının 19-23 yaş gruplarında olduğu Şekil 4.1'de grafikten tespit edilebilmektedir.



Şekil 4.2: İkinci analiz için anket katılımcılarının yaş sıklık (frekans) dağılım grafiği.

Katılımcıların yaş dağılımının 33-48 yaş gruplarında olduğu Şekil 4.2’de grafikten tespit edilebilmektedir.

Tablo 4.8: Birinci analiz için anket katılımcılarının cinsiyet sıklık (frekans) dağılımı.

	Cinsiyet			
	Frekans	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
E	130	46,4	46,4	46,4
K	150	53,6	53,6	100,0
Toplam	280	100,0	100,0	

Anket katılımcılarının % 46,4’ü erkek, %53,6’sı kadın olarak Tablo 4.5’ te görülmektedir.

Tablo 4.9: İkinci analiz için anket katılımcılarının cinsiyet sıklık (frekans) dağılımı.

	Cinsiyet			
	Frekans	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
E	36	45	45	45
K	44	55	56	100,0
Toplam	80	100,0	100,0	

Anket katılımcılarının %36’sı erkek, %44’ü kadın olarak Tablo 4.6’ da görülmektedir.

Tablo 4.10: Birinci analiz için anket katılımcılarının eğitim sıklık (frekans) dağılımı.

	Eğitim			
	Frekans	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
İlkokul	14	5,0	5,0	5,0
Ortaokul ve dengi	11	3,9	3,9	8,9
Lise ve dengi	99	35,4	35,4	44,3
Yüksek Okul	21	7,5	7,5	51,8
Üniversite	131	46,8	46,8	98,6
Yüksek Lisans ve üstü	4	1,4	1,4	100,0
Toplam	280	100,0	100,0	

Tablo 4.7'ye göre katılımcıların %5,0'ı ilköğretim, %3,9'u ortaokul ve dengi %35,4'ü lise ve dengi, % 7,5'i yüksek okul, %46,8'i üniversite, %1,4'ü yüksek lisans ve üstü eğitim almışlardır.

Tablo 4.11: İkinci analiz için anket katılımcılarının eğitim sıklık (frekans) dağılımı.

	Eğitim			
	Frekans	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
İlkokul	–	–	–	–
Ortaokul ve dengi	9	11,3	11,3	11,3
Lise ve dengi	25	31,3	31,3	42,6
Yüksek Okul	19	23,8	23,8	66,4
Üniversite	26	32,5	32,5	98,9
Yüksek Lisans ve üstü	1	1,3	1,3	100,0
Toplam	80	100,0	100,0	

Tablo 4.8'e göre katılımcıların %11,3'ü ortaokul ve dengi %31,3'ü lise ve dengi, % 23,8'i yüksek okul, %32,5'i üniversite, %1,3'ü yüksek lisans ve üstü eğitim almışlardır.

4.3.2. Birinci Analiz Örneklemine İlişkin Boyutların (Ölçeklerin) Yüzde ve Ortalama Cevapları

Tablo 4.12: Birinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.

	Kesinlikle		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Ort. ± Ss.
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum		
1- Bolu'daki I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülür.	5,0	3,6	23,6	12,5	55,4	4,10	± 1,174

Tablo 4.12 (devam): Birinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
2- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun ulaşımı kolaydır.	3,2	2,9	10,7	17,1	66,1	4,4 0 ± 0,581
3- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanır.	2,1	3,2	20,0	27,1	47,5	4,1 5 ± 0,989
4- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hastaların daha önce yaptırdıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri günceldir.	1,4	4,3	17,1	30,7	46,4	4,16 ± 0,955
5- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahiptir.	9,3	14,3	37,1	27,9	11,4	3,18 ± 1,106
6- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır.	5,0	5,0	24,6	15,7	49,6	4,00 ± 1,182
GENEL						3,40 ± 1,069

Önerme 1 : “ Bolu'daki I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.” önermesine

katılımcıların %5,0'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %3,6'sı "Katılmıyorum", %23,6'sı "Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum", %12,5'i "Katılıyorum" ve %55,4'ü ise "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,10 ve standart sapma değeri ise 1,174 olarak bulunmuştur.

Önerme 2 : "Bolu'daki I.basamak sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır." önermesine katılımcıların %3,2'si "Kesinlikle Katılmıyorum", %2,9'si "Katılmıyorum", %10,7'si "Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum", %17,1'i "Katılıyorum" ve 66,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,43 ve standart sapma değeri ise 0,581 olarak bulunmuştur.

Önerme 3 : "Bolu'daki I.basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır." önermesine katılımcıların %2,1'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %3,2'si "Katılmıyorum", %20,0'ı "Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum", %27,1'i "Katılıyorum" ve %47,5'i ise "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,15 ve standart sapma değeri ise 0,989 olarak bulunmuştur.

Önerme 4 : "Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hastaların daha önce yaptıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri günceldir." önermesine katılımcıların %1,4'ü "Kesinlikle Katılmıyorum", %4,3'ü "Katılmıyorum", %17,1'i "Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum", %30,7'si "Katılıyorum" ve %46,4'ü ise "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,16 ve standart sapma değeri ise 0,955 olarak bulunmuştur.

Önerme 5 : "Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahiptir." önermesine katılımcıların % 9,3'ü "Kesinlikle Katılmıyorum", %14,3'ü "Katılmıyorum", %37,1'i "Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum", %27,9'u "Katılıyorum" ve %11,4'ü ise "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,18 ve standart sapma değeri ise 1,106 olarak bulunmuştur.

Önerme 6 : "Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır." önermesine katılımcıların %5,0'ı "Kesinlikle Katılmıyorum", %5,0'ı "Katılmıyorum", %24,6'sı "Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum", %15,7'si "Katılıyorum" ve %49,6'sı ise "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,00 ve standart sapma değeri ise 1,182 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.13: Birinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
7- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirir.	4,3	6,4	23,6	21,1	44,6	3,95 4 ± 1,152
8- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun hastaları geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilir.	1,8	6,1	18,6	13,6	60,0	4,23 9 ± 1,066
9- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.	6,4	8,6	26,8	27,9	30,4	3,67 1 ± 1,179
10- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda tetkik (tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilirlerdir.	0,7	2,1	18,9	24,3	53,9	4,28 6 ± 0,894
GENEL						4,038 ± 1,073

Önerme 7 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirir.” önermesine katılımcıların % 4,3'ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %6,4'ü “Katılmıyorum”, %23,6'sı “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %21,1'i “Katılıyorum” ve %44,6'sı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,954 ve standart sapma değeri ise 1,152 olarak bulunmuştur.

Önerme 8 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun hastaları geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilir.” önermesine katılımcıların %1,8'i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %6,1'i “Katılmıyorum”, %18,6'sı “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %13,6'sı “Katılıyorum” ve %60,0'ı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,239 ve standart sapma değeri ise 1,066 olarak bulunmuştur.

Önerme 9 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.” önermesine katılımcıların

%6,4'ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %8,6'sı “Katılmıyorum”, %26,8'i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %27,9'u “Katılıyorum” ve %30,4'ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,671 ve standart sapma değeri ise 1,179 olarak bulunmuştur.

Önerme 10 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda tetkik (tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilirdir.” önermesine katılımcıların % 0,7'si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %2,1'i “Katılmıyorum”, %18,9'u “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %24,3'ü “Katılıyorum” ve %53,9'u ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,286 ve standart sapma değeri ise 0,894 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.14: Birinci analiz heveslilik boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
11- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve isteklidir.	7,1	7,9	26,1	37,5	21,4	3,58 ± 1,123
12- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.	5,0	9,3	16,4	15,4	53,9	4,03 ± 1,124
13- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahiptir.	7,5	7,1	19,3	12,9	53,2	3,97 ± 1,300
GENEL						3,86 ± 1,204

Önerme 11 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve isteklidir.” önermesine katılımcıların %7,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,9’u “Katılmıyorum”, %26,1’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %37,5’i “Katılıyorum” ve %21,4’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,582 ve standart sapma değeri ise 1,123 olarak bulunmuştur.

Önerme 12 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.” önermesine katılımcıların % 5,0’ı “Kesinlikle Katılmıyorum”, %9,3’ü “Katılmıyorum”, %16,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %15,4’ü “Katılıyorum” ve %53,9’u ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,039 ve standart sapma değeri ise 1,124 olarak bulunmuştur.

Önerme 13 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahiptir.” önermesine katılımcıların %7,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,1’i “Katılmıyorum”, %19,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %12,9’u “Katılıyorum” ve %53,2’si ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,971 ve standart sapma değeri ise 1,300 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.15: Birinci analiz güven boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
14- Bolu’da I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforludur.	10,0	10,4	36,4	34,6	8,6	3,21 ± 1,073 4

Tablo 4.15 (devam): Birinci analiz güven boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
15- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi güven vericidir.	3,6	5,0	18,6	21,4	51,4	4,12 1 ± 1,100
16- Bolu'da hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezidir.	11,1	8,9	21,1	32,5	26,4	3,5 43 ± 1,27 5
17- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hisseder.	2,1	4,6	15,0	21,1	57,1	4,2 64 ± 1,01 7
GENEL						3,78 5 ± 1,116

Önerme 14: “Bolu’da I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforludur.” önermesine katılımcıların %10,0’ı “Kesinlikle Katılmıyorum”, %10,4’ü “Katılmıyorum”, %36,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %34,6’sı “Katılıyorum” ve %8,6’sı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,214 ve standart sapma değeri ise 1,073 olarak bulunmuştur.

Önerme 15: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi güven vericidir.” önermesine katılımcıların % 3,6’sı “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 5,0’ı “Katılmıyorum”, % 18,6’sı “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 21,4’ü “Katılıyorum” ve % 51,4’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,121 ve standart sapma değeri ise 1,100 olarak bulunmuştur.

Önerme 16: “Bolu’da hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezidir.” önermesine katılımcıların % 11,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 8,9’u

“Katılmıyorum”, % 21,1’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 32,5’i “Katılıyorum” ve % 26,4’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,543 ve standart sapma değeri ise 1,275 olarak bulunmuştur.

Önerme 17: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hisseder.” önermesine katılımcıların % 2,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 4,6’sı “Katılmıyorum”, % 15,0’ı “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 21,1’i “Katılıyorum” ve % 57,1’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,264 ve standart sapma değeri ise 1,017 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.16: Birinci analiz empati boyutuna yönelik algı puanları frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
18- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hastalara bireysel olarak ilgi gösterir.	4,6	8,2	19,6	33,6	33,9	3,83 9 ± 1,123
19- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenir.	6,8	7,9	21,4	41,8	22,1	3,64 6 ± 1,114
GENEL						3,74 ± 1,118

Önerme 18: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hastalara bireysel olarak ilgi gösterir.” önermesine katılımcıların % 4,6’sı “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 8,2’si “Katılmıyorum”, % 19,6’sı “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %33,6’sı “Katılıyorum” ve % 33,9’u ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,839ve standart sapma değeri ise 1,123 olarak bulunmuştur.

Önerme 19: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenir.” önermesine katılımcıların % 6,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 7,9’u “Katılmıyorum”, % 21,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 41,8’i “Katılıyorum” ve % 22,1’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,646 ve standart sapma değeri ise 1,114 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.17: Birinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
1-I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.	0,4	0,4	3,6	5,7	90,0	4,84 ± 0,516 6
2- Sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.	0,4	-	0,4	1,4	97,9	4,96 ± 0,291 4
3- Sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır.	0,7	0,4	0,7	2,1	96,1	4,92 ± 0,438 5
4- Hastaların daha önce yaptıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri sağlık kuruluşunun sisteminde güncel olmalıdır.	0,4	0,4	1,4	2,9	95,0	4,91 ± 0,41 8 1
5- Sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahip olmalıdır.	1,1	0,7	2,5	7,5	88,2	4,81 ± 0,61 1 3

Tablo 4.17 (devam): Birinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı sıklık dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
6- Kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenmeli ve e-nabızdan ulaşılabilir olmalıdır.	0,7	0,4	2,9	4,3	91,8	4,86 ± 0,534
GENEL						4,88 ± 0,467

Önerme 1 : “I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Katılmıyorum”, % 3,6’sı “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 5,7’si “Katılıyorum” ve % 90,0’ı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,846 ve standart sapma değeri ise 0,516 olarak bulunmuştur.

Önerme 2 : “Sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum” cevabı verilmemiştir, % 0,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Katılıyorum” ve 97,96’u “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,964 ve standart sapma değeri ise 0,291 olarak bulunmuştur.

Önerme 3 : “Sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Katılmıyorum”, % 0,7’si “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 2,1’i “Katılıyorum” ve % 96,1’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,925 ve standart sapma değeri ise 0,438 olarak bulunmuştur.

Önerme 4 : “Hastaların daha önce yaptıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri sağlık kuruluşunun sisteminde güncel olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 2,9’u “Katılıyorum” ve % 95,0’ı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,918 ve standart sapma değeri ise 0,411 olarak bulunmuştur.

Önerme 5 : “Sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahip olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 1,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,7’si “Katılmıyorum”, % 2,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 7,5’i “Katılıyorum” ve % 88,2’si ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,811 ve standart sapma değeri ise 0,613 olarak bulunmuştur.

Önerme 6 : “Kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenmeli ve e-nabızdan ulaşılabilir olmalıdır.”, % 0,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Katılmıyorum”, %2,9’u “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 4,3’ü “Katılıyorum” ve % 91,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,861 ve standart sapma değeri ise 0,534 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.18: Birinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
7- Sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirmelidir.	0,4	-	1,1	3,9	94,6	4,92 5 ± 0,366
8- Hastalar geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilmelidir.	0,4	-	1,4	2,5	95,7	4,93 2 ± 0,368
9- Hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakın olmalıdır.	0,4	-	-	3,2	96,4	4,95 4 ± 0,296
10- Sağlık kuruluşu tetkik(tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilir olmalıdır.	0,4	-	0,4	0,7	98,6	4,97 1 ± 0,279
GENEL						4,94 6 ± 0,327

Önerme 7 : “Sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirmelidir.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 1,1’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 3,9’u “Katılıyorum” ve % 94,6’sı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,925 ve standart sapma değeri ise 0,366 olarak bulunmuştur.

Önerme 8 : “Hastalar geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilmelidir.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 2,5’i “Katılıyorum” ve % 95,7’si ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,932 ve standart sapma değeri ise 0,368 olarak bulunmuştur.

Önerme 9 : “Hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakın olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 3,2’si “Katılıyorum” ve % 96,4’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,954 ve standart sapma değeri ise 0,296 olarak bulunmuştur.

Önerme 10 : “Sağlık kuruluşu tetkik (tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerinin kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilir olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 0,7’si “Katılıyorum” ve % 98,6’sı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,971 ve standart sapma değeri ise 0,279 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.19: Birinci analiz için heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
11- Hastane personelleri konularında çok bilgili Sağlık personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve istekli olmalıdır.	0,4	0,4	1,4	6,1	91,8	4,88 6 ± 0,441

Tablo 4.19 (devam): Heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
12-Sağlık personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklanmalıdır.	0,4	-	1,4	8,2	90,0	4,875 ± 0,426
13- Sağlık personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahip olmalıdır.	0,4	-	1,8	7,1	90,7	4,879 ± 0,431
GENEL						4,880 ± 0,433

Önerme 11 : “Hastane personelleri konularında çok bilgili Sağlık personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve istekli olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 6,1’i “Katılıyorum” ve % 91,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,886 ve standart sapma değeri ise 0,441 olarak bulunmuştur.

Önerme 12: “Sağlık personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklanmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 8,2’si “Katılıyorum” ve % 90,0’ı ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,875 ve standart sapma değeri ise 0,426 olarak bulunmuştur.

Önerme 13: “Sağlık personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahip olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 1,8’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 7,1’i “Katılıyorum” ve % 90,7’si ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,879 ve standart sapma değeri ise 0,431 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.20: Birinci analiz güven boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
14- I. Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforlu olmalıdır.	3,2	1,4	24,3	32,1	38,9	4,021 ± 0,991
15- Tahlil ve tarama takibi güven verici olmalıdır.	0,4	-	0,4	3,9	95,4	4,939 ± 0,328
6- Hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezi olmalıdır.	1,8	1,4	8,2	7,1	81,4	4,650 ± 0,833
17- Hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hissetmelidir.	0,4	-	0,4	2,5	96,8	4,954 ± 0,308
GENEL						3,785 ± 1,116

Önerme 14: “I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforlu olmalıdır.” önermesine müşterilerin (hastaların) % 3,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Katılmıyorum”, % 24,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 32,1’i “Katılıyorum” ve % 38,9’u ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,021 ve standart sapma değeri ise 0,991 olarak bulunmuştur.

Önerme 15: “Tahlil ve tarama takibi güven verici olmalıdır.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 3,9’u

“Katılıyorum” ve % 95,4’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,939 ve standart sapma değeri ise 0,328 olarak bulunmuştur.

Önerme 16: “Hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezi olmalıdır.” önermesine müşterilerin (hastaların) % 1,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Katılmıyorum”, % 8,2’si “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 7,1’i “Katılıyorum” ve % 81,4’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,650 ve standart sapma değeri ise 0,833 olarak bulunmuştur.

Önerme 17: “Hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hissetmelidir.” önermesine katılımcıların % 0,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 2,5’i “Katılıyorum” ve % 96,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,954 ve standart sapma değeri ise 0,308 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.21: Birinci analiz empati boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
18- Sağlık personeli hastalara bireysel olarak ilgi göstermelidir.	0,7	1,4	5,4	8,6	83,9	4,73 6 ± 0,689
19- Sağlık personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenmelidir.	0,7	0,7	3,2	9,6	85,7	4,78 9 ± 0,600
GENEL						4,76 3 ± 0,645

Önerme 18: “Sağlık personeli hastalara bireysel olarak ilgi göstermelidir.” önermesine anketi cevaplandıranların % 0,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 1,4’ü “Katılmıyorum”, % 5,4’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 8,6’sı “Katılıyorum” ve % 83,9’u ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,736 ve standart sapma değeri ise 0,689 olarak bulunmuştur.

Önerme 19: “Sağlık personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenmelidirler” önermesine müşterilerin (hastaların) % 0,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 0,7’si “Katılmıyorum”, % 3,2’si “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 9,6’sı “Katılıyorum” ve % 85,7’si ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,789 ve standart sapma değeri ise 0,600 olarak bulunmuştur.

4.3.3. İkinci Analiz Örneklemine İlişkin Boyutların (Ölçeklerin) Yüzde ve Ortalama Cevapları

Tablo 4.22: İkinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
1- Bolu'daki I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülür.	-	-	-	-	100,0	5,00 ± 0,000
2- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun ulaşımı kolaydır.	-	-	2,5	8,8	88,8	4,86 ± 0,413
3- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanır.	-	-	1,3	1,3	97,5	4,96 ± 0,249
4- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hastaların daha önce yaptıkları tetkik ve tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri günceldir.	-	-	-	2,5	97,5	4,98 ± 0,157
5- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahiptir.	-	3,8	5,0	2,5	88,8	4,76 ± 0,716

Tablo 4.22(devam): İkinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
6- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır.	-	-	-	-	100,0	5,00 ± 0,000
GENEL						4,93 ± 0,512

Önerme 1 : “ Bolu'daki I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.” önermesine katılımcıların %100'ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 5,00 ve standart sapma değeri ise 0,00 olarak bulunmuştur.

Önerme 2 : “Bolu'daki I.basamak sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.” önermesine katılımcıların %2,5'i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %8,8'i “Katılıyorum” ve 88,8'i “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,86 ve standart sapma değeri ise 0,413 olarak bulunmuştur.

Önerme 3 : “Bolu'daki I.basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır.” önermesine katılımcıların %1,3'ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %1,3'ü “Katılıyorum” ve %97,5'i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,96 ve standart sapma değeri ise 0,249 olarak bulunmuştur.

Önerme 4 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hastaların daha önce yaptırdukları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri günceldir.” önermesine katılımcıların %2,5'i “Katılıyorum” ve %97,5'i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,98 ve standart sapma değeri ise 0,157 olarak bulunmuştur.

Önerme 5 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanımına sahiptir.” önermesine katılımcıların %3,8'i “Katılmıyorum”, %5,0'i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %2,5'i “Katılıyorum” ve %88,8'i ise “Kesinlikle

Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,76 ve standart sapma değeri ise 0,716 olarak bulunmuştur.

Tablo 1 **Tablo 4.23:** İkinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

Önerme 6 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır.” önermesine katılımcıların %100’ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 5,00 ve standart sapma değeri ise 0 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.23: İkinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
7- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirir.	–	–	1,3	3,8	95,0	4,93 ± 0,291
8- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun hastaları geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilir.	–	–	–	–	100,0	5,00 ± 0,000
9- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.	–	2,5	10,0	36,3	51,3	4,36 ± 0,767
10- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda tetkik (tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilirdir.	–	–	–	3,8	96,3	4,96 ± 0,191
GENEL						4,816 ± 0,312

Önerme 7 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirir.” önermesine katılımcıların %1,3’ü “Ne

Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %3,8’i “Katılıyorum” ve %95,0’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,938 ve standart sapma değeri ise 0,291 olarak bulunmuştur.

Önerme 8 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun hastaları geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilir.” önermesine katılımcıların %100,0’ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 5,000 ve standart sapma değeri ise 0,000 olarak bulunmuştur.

Önerme 9 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.” önermesine katılımcıların %2,5’i “Katılmıyorum”, %10,0’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %36,3’ü “Katılıyorum” ve %51,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,363 ve standart sapma değeri ise 0,767 olarak bulunmuştur.

Önerme 10 : “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda tetkik (tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilirdir.” önermesine katılımcıların %3,8’i “Katılıyorum” ve %96,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,963 ve standart sapma değeri ise 0,191 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.24: İkinci analiz heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
11- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve isteklidir.	–	–	10,0	23,8	66,3	4,56 ± 0,6 3 72
12- Bolu’daki I. Basamak sağlık kuruluşunun personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceği ni hastalara açıklar.	–	3,8	2,5	31,3	62,5	4,52 ± 0,7 5 29

Tablo 4.24 (devam): İkinci analiz heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.	
13- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahiptir.	1,3	3,8	18,8	18,8	57,5	4,27 ± 0,95 81
GENEL					4,45 ± 0,74	

Önerme 11 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve isteklidir.” önermesine katılımcıların %10,0'u “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %23,8'i “Katılıyorum” ve %66,3'ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,563 ve standart sapma değeri ise 0,672 olarak bulunmuştur.

Önerme 12 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.” önermesine katılımcıların %3,8'i “Katılmıyorum”, %2,5'i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %31,3'ü “Katılıyorum” ve %62,5'i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,525 ve standart sapma değeri ise 0,729 olarak bulunmuştur.

Önerme 13 : “Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahiptir.” önermesine katılımcıların %1,3'ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %3,8'i “Katılmıyorum”, %18,8'i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %18,8'i “Katılıyorum” ve %57,5'i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,275 ve standart sapma değeri ise 0,981 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.25: İkinci analiz güven boyutuna yönelik algı puanları sıklık (frekans) dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
14- Bolu'da I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforludur.	1,3	2,5	38,8	30,0	27,5	3,800 ± 0,920
15- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi güven vericidir.	-	-	2,5	5,0	92,5	4,121 ± 1,100
16- Bolu'da hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezidir.	1,3	-	-	17,5	81,3	4,775 ± 0,573
17- Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hisseder.	2,1	1,3	5,0	8,8	85,0	4,775 ± 0,595
GENEL						4,368 ± 0,797

Önerme 14: “Bolu'da I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforludur.” önermesine katılımcıların %1,3'ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %2,5'i “Katılmıyorum”, %38,8'i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %30,0'u “Katılıyorum” ve %27,5'i ise “Kesinlikle

Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,800 ve standart sapma değeri ise 0,920 olarak bulunmuştur.

Önerme 15: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi güven vericidir.” önermesine katılımcıların % 2,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %5,0’ı “Katılıyorum” ve %92,5’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,121 ve standart sapma değeri ise 1,100 olarak bulunmuştur.

Önerme 16: “Bolu’da hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezidir.” önermesine katılımcıların %1,3’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 17,5’i “Katılıyorum” ve %81,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,775 ve standart sapma değeri ise 0,573 olarak bulunmuştur.

Önerme 17: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hisseder.” önermesine katılımcıların % 2,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %1,3’ü “Katılmıyorum”, %5,0’ı “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %8,8’i “Katılıyorum” ve %85,0’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,775 ve standart sapma değeri ise 0,595 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.26: İkinci analiz empati boyutuna yönelik algı puanları frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
18- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hastalara bireysel olarak ilgi gösterir.	–	1,3	7,5	17,5	73,8	4,63 8 ± 0,680
19- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenir.	–	2,5	6,3	20,0	71,3	4,60 0 ± 0,722
Genel						3,74 ± 1,118

Önerme 18: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hastalara bireysel olarak ilgi gösterir.” önermesine katılımcıların %1,3’ü “Katılmıyorum”, %7,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %17,5’i “Katılıyorum” ve %73,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,638 ve standart sapma değeri ise 0,680 olarak bulunmuştur.

Önerme 19: “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenir.” önermesine katılımcıların %2,5’i “Katılmıyorum”, %6,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %20,0’ı “Katılıyorum” ve %71,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,600 ve standart sapma değeri ise 0,722 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.27: İkinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
1- I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.	-	-	8,8	90,0	1,3	3,92 5 ± 0,309
2-Sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.	-	-	6,3	92,5	1,3	3,95 0 ± 0,271
3- Sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır.	-	-	5,0	95,0	-	3,95 0 ± 0,219
4- Hastaların daha önce yaptıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri sağlık kuruluşunun sisteminde güncel olmalıdır.	-	-	3,8	93,8	2,5	3,98 8 ± 0,251
5- Sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahip olmalıdır.	-	-	1,3	93,8	5,0	4,03 8 ± 0,249

Tablo 4.27(devam): İkinci analiz somut özellikler boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
6- Kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenmeli ve e-nabızdan ulaşılabilir olmalıdır.	-	-	7,5	92,5	-	3,92 5 ± 0,265
GENEL						3,96 3 ± 0,261

Önerme 1 : “I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.” önermesine katılımcıların %8,8’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %90,0’ı “Katılıyorum” ve %1,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,925 ve standart sapma değeri ise 0,309 olarak bulunmuştur.

Önerme 2 : “Sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.” önermesine katılımcıların %6,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %92,5’i “Katılıyorum” ve %1,3’ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,950 ve standart sapma değeri ise 0,271 olarak bulunmuştur.

Önerme 3 : “Sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır.” önermesine katılımcıların %0,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %95’i “Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,950 ve standart sapma değeri ise 0,219 olarak bulunmuştur.

Önerme 4 : “Hastaların daha önce yaptıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri sağlık kuruluşunun sisteminde güncel olmalıdır.” önermesine katılımcıların %3,8’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %93,8’i “Katılıyorum” ve %2,5’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,988 ve standart sapma değeri ise 0,251 olarak bulunmuştur.

Önerme 5 : “Sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanımına sahip olmalıdır.” önermesine katılımcıların %1,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 93,8’i “Katılıyorum” ve %5,0’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,038 ve standart sapma değeri ise 0,249 olarak bulunmuştur.

Önerme 6 : “Kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenmeli ve e-nabızdan ulaşılabilir olmalıdır.” Önermesine katılımcıların %7,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %92,5’i “Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,925 ve standart sapma değeri ise 0,265 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.28: İkinci analiz güvenilirlik boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
7- Sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirmelidir.	–	–	5,0	91,3	3,8	3,98 8 ± 0,297
8- Hastalar geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilmelidir.	–	–	5,0	93,8	1,3	3,96 3 ± 0,249
9- Hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakın olmalıdır.	–	–	15,0	78,8	6,3	3,91 3 ± 0,455
10- Sağlık kuruluşu tetkik(tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilir olmalıdır.	–	–	7,5	83,8	8,8	4,01 3 ± 0,405
GENEL						3,96 9 ± 0,352

Önerme 7 : “Sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirmelidir.” önermesine katılımcıların %5,0’i “Ne Katılıyorum Ne de

Katılmıyorum”, %91,3’ü “Katılıyorum” ve %3,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,988 ve standart sapma değeri ise 0,297 olarak bulunmuştur.

Önerme 8 : “Hastalar geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilmelidir.” önermesine katılımcıların %5,0’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %93,8’i “Katılıyorum” ve %1,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,963 ve standart sapma değeri ise 0,249 olarak bulunmuştur.

Önerme 9 : “Hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakın olmalıdır.” önermesine katılımcıların %15’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %78,8’i “Katılıyorum” ve %6,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,913 ve standart sapma değeri ise 0,455 olarak bulunmuştur.

Önerme 10 : “Sağlık kuruluşu tetkik (tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilir olmalıdır.” önermesine katılımcıların %7,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %83,8’i “Katılıyorum” ve %8,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,013 ve standart sapma değeri ise 0,405 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.29: İkinci analiz heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
11- Hastane personelleri konularında çok bilgili Sağlık personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve istekli olmalıdır.	-	-	7,5	38,8	53,8	4,46 ± 0,635

Tablo 4.29(devam): İkinci analiz heveslilik boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.	± 0,616
12-Sağlık personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklanmalıdır.	-	-	6,3	40,0	53,8	4,475	± 0,616
13- Sağlık personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenerek zamana sahip olmalıdır.	-	-	5,0	35,0	60,0	4,550	± 0,593
GENEL						4,496	± 0,615

Önerme 11 : “Hastane personelleri konularında çok bilgili Sağlık personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve istekli olmalıdır.” önermesine katılımcıların %7,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %38,8’i “Katılıyorum” ve % 53,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,463 ve standart sapma değeri ise 0,635 olarak bulunmuştur.

Önerme 12: “Sağlık personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklanmalıdır.” önermesine katılımcıların %6,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, % 40,0’i “Katılıyorum” ve %53,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,475 ve standart sapma değeri ise 0,616 olarak bulunmuştur.

Önerme 13: “Sağlık personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenerek zamana sahip olmalıdır.” önermesine katılımcıların, %5,0’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %35,0’i “Katılıyorum” ve %60,0’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,550 ve standart sapma değeri ise 0,593 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.30: İkinci analiz güven boyutuna yönelik beklenti puanları frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
14-I. Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforlu olmalıdır.	-	-	48,8	43,8	7,5	3,58 8 ± 0,630
15- Tahlil ve tarama takibi güven verici olmalıdır.	-	-	7,5	43,8	48,8	4,41 3 ± 0,630
16- Hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezi olmalıdır.	-	1,3	8,8	43,8	46,3	4,35 0 ± 0,695
17- Hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hissetmelidir.	-	-	3,8	42,5	53,8	4,50 0 ± 0,574
GENEL						4,21 3 ± 0,632

Önerme 14: “I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforlu olmalıdır.” önermesine müşterilerin (hastaların) %48,8’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %43,8’i “Katılıyorum” ve %7,5’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,588 ve standart sapma değeri ise 0,630 olarak bulunmuştur.

Önerme 15: “Tahlil ve tarama takibi güven verici olmalıdır.” önermesine katılımcıların %7,5’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %43,8’i “Katılıyorum” ve %48,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,413 ve standart sapma değeri ise 0,630 olarak bulunmuştur.

Önerme 16: “Hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezi olmalıdır.” önermesine müşterilerin (hastaların) % 1,3’ü “Katılmıyorum”, %8,8’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %43,8’i “Katılıyorum” ve %46,3’ü ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,350 ve standart sapma değeri ise 0,695 olarak bulunmuştur.

Önerme 17: “Hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hissetmelidir.” önermesine katılımcıların %3,8’i “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %42,5’i “Katılıyorum” ve %53,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,500 ve standart sapma değeri ise 0,574 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.31: İkinci analiz empati boyutuna yönelik beklenti puanı frekans dağılım tablosu.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
18- Sağlık personeli hastalara bireysel olarak ilgi göstermelidir.	–	1,3	6,3	40,0	52,5	4,43 8 ± 0,672
19- Sağlık personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenmelidir.	–	1,3	6,3	38,8	53,8	4,45 0 ± 0,673
GENEL						4,44 4 ± 0,673

Önerme 18: “Sağlık personeli hastalara bireysel olarak ilgi göstermelidir.” önermesine anketi cevaplandıranların % 1,3’ü “Katılmıyorum”, %6,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %40,0’ı “Katılıyorum” ve %52,5’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,438 ve standart sapma değeri ise 0,672 olarak bulunmuştur.

Önerme 19: “Sağlık personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenmelidirler” önermesine müşterilerin (hastaların) %1,3’ü “Katılmıyorum”, %6,3’ü “Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum”, %38,8’i “Katılıyorum” ve %53,8’i ise “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,450 ve standart sapma değeri ise 0,673 olarak bulunmuştur.

4.4. AÇIKLAYICI FAKTÖR ANALİZİ

Faktör analizi, aralarında ilişki bulunan p tane değişkeni bir araya getirerek az sayıda ilişkisiz ve anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı, keşfetmeyi hedefleyen çok değişkenli bir istatistiktir. Ölçekler bağlamında açıklayıcı faktör analizi uygulanırken ilk olarak verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı test edilmiştir. Test sonucunda veri setinin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği iyi düzey olan 0.70 değerinden fazla olan hastalar için algılanan=0.935 ve hastalar için beklenen= 0.930 olarak hesaplanmıştır. Analize bağlı tutulan maddelerin/değişkenlerin tutarlılığını ölçen Bartlett küresellik testi istatistiksel olarak anlamlı (hastalar için algılanan= $\chi^2= 4732,45$ ve $p= .001$; hastalar için beklenen= $\chi^2= 4389,21$ ve $p= .000$) bulunmuş, testlerden elde edilen sonuçlara göre açıklayıcı faktör analizi için kullanılacak örneklemin yeterli olduğu ve ölçekte yer alan ifadelerin iç tutarlılığının sağlandığı görülmüştür. Veri setinin uygunluğunun yapılan testlerle kanıtlanmasının ardından faktör yapısının ortaya konulması için faktör tutma yöntemi olan varimax döndürme metodu ile temel bileşenler analizi yöntemi uygulanmıştır.

Hastalar için algılanan bölüm toplam varyansın %72.70’ini belirten 5 faktör içeren bir yapı ve hastalar için beklenen bölüm toplam varyansın %76,30’unu belirten 5 faktör içeren bir yapı belirlenmiştir. Faktör analizi sonucunda Extraction (çıkarma) sütununda değeri 0.20’nin altında kalan soru olmadığı için herhangi bir soru dışarıda bırakılmasına gerek kalmamıştır. Tablo 4.17 ve 4.18’de faktörleri meydana getiren sorular, açıkladıkları varyans oranları, faktörlerin tek tek alfa katsayıları ve her ifadenin (cümlelerin) faktör yük değeri ve ifade çıkartılırsa elde edilecek alfa değerleri yer almaktadır.

Tablo 4.32: Algılanan bölüm açıklayıcı faktör analizi sonuçları.

Faktör 1: Somut Özellikler	Açıkladığı varyans: 18.89	Cronbach alpha (CA): 0.922
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Bolu'daki I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülür.	.639	.917
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun ulaşımı kolaydır.	.414	.904
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanır.	.727	.911
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hastaların daha önce yaptırdıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri günceldir.	.676	.922
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahiptir.	.568	.904
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır.	.661	.916
Faktör 2: Güvenilirlik	Açıkladığı varyans: 16.63	Cronbach alpha (CA): 0.920
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirir.	.707	.913
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun hastaları geriye dönük tetkiklere(tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilir.	.763	.900
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.	.607	.918
Sağlık kuruluşu tetkik(tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güveniliridir.	.717	.902

Tablo 4.32 (devam): Algılanan bölüm açıklayıcı faktör analizi sonuçları.

Faktör 3: Heveslilik	Açıkladığı varyans: 14.55	Cronbach alpha (CA): 0.921
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve isteklidir.	.694	.914
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.	.868	.902
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenen zamana sahiptir.	.761	.918
Faktör 4: Güvenlik	Açıkladığı varyans: 12.03	Cronbach alpha (CA): 0.919
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Bolu'da I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak(Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforludur.	.486	.904
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi güven vericidir.	.737	.897
Bolu'da hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezidir.	.667	.900
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hisseder.	.695	.915
Faktör 5: Empati	Açıkladığı varyans: 10.60	Cronbach alpha (CA):0.908
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hastalara bireysel olarak ilgi gösterir.	.562	.904
Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenir.	.689	.907

Toplam Açıklanan Varyans: 72.70

Tablo 4.33: Beklenen bölüm açıklayıcı faktör analizi sonuçları.

Faktör 1: Somut Özellikler	Açıkladığı varyans: 19.83	Cronbach alpha (CA):0.924
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.	.442	.923
Sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.	.641	.920
Sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır.	.477	.890
Hastaların daha önce yaptıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri sağlık kuruluşunun sisteminde güncel olmalıdır.	.626	.862
Sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahip olmalıdır.	.462	.902
Kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenmeli ve e-nabızdan ulaşılabilir olmalıdır.	.485	.900
Faktör 2: Güvenilirlik	Açıkladığı varyans: 17.25	Cronbach alpha (CA):0.928
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirmelidir.	.779	.902
Hastalar geriye dönük tetkiklere(tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilmelidir.	.724	.925
Hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakın olmalıdır.	.549	.922
Sağlık kuruluşu tetkik(tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilir olmalıdır.	.894	.917
Faktör 3: Heveslilik	Açıkladığı varyans: 15.98	Cronbach alpha (CA):0.924
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Hastane personelleri konularında çok bilgili Sağlık personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve istekli olmalıdır.	.647	.921
Sağlık personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklanmalıdır.	.660	.918
Sağlık personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahip olmalıdır.	.779	.904

Tablo 4.33 (devam): Beklenen bölüm açıklayıcı faktör analizi sonuçları.

Faktör 4: Güvenlik	Açıkladığı varyans:	Cronbach alpha
	12.29	(CA):0.919
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforlu olmalıdır.	.410	.911
Tahlil ve tarama takibi güven verici olmalıdır.	.793	.899
Hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezi olmalıdır.	.526	.903
Hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hissetmelidir.	.729	.912
Faktör 5: Empati	Açıkladığı varyans:	Cronbach alpha
	10.95	(CA):0.914
	Faktör yükü	Madde silinirse CA
Sağlık personeli hastalara bireysel olarak ilgi göstermelidir.	.634	.910
Sağlık personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenmelidirler.	.489	.895

Toplam Açıklanan Varyans: 76.30

4.5. FARKLILIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

AFA sonucunda elde edilen 10 faktör için farklılık sınavında hangi yöntemin kullanılacağı için normallik testi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.34: Normallik sınavı sonuçları.

Boyutlar	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somut özellikler-1	.180	280	.000	.905	280	.000
Güvenilirlik_1	.158	280	.000	.889	280	.000
Heveslilik_1	.201	280	.000	.874	280	.000
Güven-1	.149	280	.000	.906	280	.000
Empati-1	.235	280	.000	.886	280	.000
Somut özellikler-2	.389	280	.000	.320	280	.000
Güvenilirlik_2	.479	280	.000	.171	280	.000
Heveslilik_2	.448	280	.000	.372	280	.000
Güven-2	.316	280	.000	.416	280	.000
Empati-2	.462	280	.000	.467	280	.000

Not: Tablo 4.29'da "1" kod algılanan, "2" kod beklenen olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.19'dan görüleceği üzere $p < 0.05$ olduğundan normal dağılımın sağlanmadığını belirten H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Bu durumda çalışmada non-parametrik yöntemler kullanılacaktır. Çalışmada firma içi algılanan ve beklenen hizmet kalitesi farklılıklarının değerlendirilmesinde bağımlı örnekler olduğu için Wilcoxon bağımlı grup testi uygulanmıştır.

Tablo 4.35: Wilcoxon bağımlı grup testi sonuçları.

Boyutlar	Ortalama sıra	Z istatistiği	Olasılık (p)
Somut özellikler_1	118.88		
Somut özellikler_2	178.82	-12.187	0.000*
Güvenilirlik_1	124.21		
Güvenilirlik_2	164.22	-10.785	0.000*
Heveslilik_1	115.03		
Heveslilik_2	184.95	-13.897	0.000*
Güven_1	126.95		
Güven_2	160.53	-15.372	0.015*
Empati_1	116.15		
Empati_2	135.93	-11.993	0.004*

*0.05 için anlamlı farklılık.

Tablo 4.20'den görüleceği üzere, somut özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güvenlik ve empati boyutları için algılanan ve beklenen arasında anlamlı farklılık elde edilerek, farklılık olmadığını belirten H_0 hipotezi red edilmiş ve farklılık olduğunu belirten H_1 hipotezi kabul edilmiştir ($p < 0.05$). Farkın kaynağı için ortalama sıra (mean rank) değerlerine bakıldığında 5 boyut için beklenen skorlarının daha yüksek olduğu, algılanan skorlarının düşük olduğu görülmektedir. Böylece, algılanan skorlar beklenen skorları karşılamadığı için (algılanan < beklenen) sağlık ocağına gelen hastalarda memnuniyetsizlik olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Birinci analiz sonucunda en büyük farkın (-1,0196) empati boyutunda olduğu müşterilerin özellikle sahip olduğu puan sebebiyle 19. önermenin “Bolu’daki I.basamak sağlık kuruluşunun personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenir.” müşteri beklentilerini karşılamadığı görülmektedir.

İkinci olarak, -1,0155 SERVQUAL puanına sahip heveslilik boyutunun beklentileri karşılamadığı 9. önermeye “Bolu’daki I.basamak sağlık kuruluşunda hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici ilgili ve cana yakındır.” verdikleri cevaplar ile belirgin olarak görülmektedir.

Üçüncü sırada -0,9080 SERVQUAL puana sahip güvenilirlik boyutu bulunmaktadır. Güvenilirlik boyutuna bakıldığında özellikle 7. önermenin “Bolu’daki I.basamak sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirir.” beklentileri karşılamadığı görülmektedir.

Dördüncü ise somut özellikler boyutudur. Boyutun SERVQUAL puanı 0,8899 olarak hesaplanmıştır. Önermelere bakıldığında beklentiyi büyük ölçüde karşılamayan 6. önerme “Bolu’daki I.basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır.” olmuştur. Çalışmamızdaki kanser tarama merkezleri modülünün sağlık kuruluşunun kullandığı yazılım programı ile entegre probleminin olması verilerin e-nabızdan ulaşılabilir olmasını engellemektedir. Kanser tarama merkezleri modülünün arayüzlerle sistem entegrasyonu sağlanarak müşteri memnuniyetinin arttırılacağı öngörülmektedir.

Son olarak en az fark bulunan boyut -0,8554 puana sahip olan güven boyutu olmuştur. Güven boyutunda beklentileri en fazla 15. önerme “Bolu’daki I.basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi güven vericidir.” beklentileri karşılamamaktadır. Bu durumun kanser tarama merkezi yazılımındaki verilerin I.basamak sağlık kuruluşunun kullandığı yazılım programına

aktarılmasındaki problemlerden kaynaklandığı, arayüz standardizasyonu ile problemin oratadan kalkabileceği ve müşteri memnuniyetinin artacağı düşünülmektedir.

Yapılan SERVQUAL analizi sonucunda hesaplanan puanların tamamının negatif olması sağlık hizmetlerindeki modülerliğin müşteri (hasta) beklentilerini karşılamadığı anlamına gelmektedir. Memnuniyet sıralamasına bakıldığında bütün boyutların memnuniyeti karşılamadığı görülse de çalışmamızın amacı olan modülerliğin memnuniyete etkisini gösteren temel boyut e-nabız platformuna yönelik sorular içeren somut özellikler boyutudur. Bu boyut ele alınan 5 boyut arasından 4. seviyede memnuniyetsiz olarak yer almıştır. Bunun nedeninin araştırmada ele alınan modüllerin (devlet hastanesi, sağlık ocağı ve kanser tarama merkezleri) kullandıkları yazılımların farklı olması sonucu bilgilerin aktarılmasındaki aksaklıklardan aynı zamanda e-nabız platformuna verilerin iletilmesini engelleyerek müşteri (hasta) mağduriyetine sebep olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ayrıca memnuniyeti etkileyen bir diğer noktanın e-nabız platformunun yeni olması herkes tarafından etkin olarak kullanılmamasından ve bilinmemesinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bahsedilen modül ve platformlarda sağlıklı veri akışını sağlamak adına şehir genelinde hatta mümkünse sağlık bakanlığı veritabanı entegrasyonunda problemleri engelleyeceği düşünüldüğünden tüm sağlık kuruluşlarında aynı yazılım programı kullanılmasının önerilerek memnuniyetin arttırılabileceği düşünülmektedir.

İkinci analiz sonucunda sadece -0,0417 SERVQUAL puanına sahip heveslilik boyutunda özellikle sahip olduğu puan sebebiyle 13. önermenin “Sağlık personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahip olmalıdır.” müşteri beklentilerini karşılamadığı görülmektedir.

Diğer SERVQUAL puanları pozitif olarak elde edilmiştir. Değerlendirme yapıldığında en büyük fark 0,9646 SERVQUAL puanına sahip somut özellikler boyutunun beklentileri karşıladığı 1. ve 6. önermelere “Bolu’daki I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülür.”, Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır.” verdikleri cevaplar ile belirgin olarak görülmektedir.

İkinci olarak 0,8469 SERVQUAL puana sahip güvenilirlik boyutu bulunmaktadır. Güvenilirlik boyutuna bakıldığında özellikle 8. önermenin “Bolu’daki I. basamak sağlık

kuruluşunun hastaları geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilir.” beklentileri karşıladığı görülmektedir.

Üçüncü olarak 0,3500 SERVQUAL puanına sahip olan güven boyutu bulunmaktadır. Önermelere bakıldığında beklentiyi büyük ölçüde karşılayan 15. önerme “15- Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi güven vericidir.” olmuştur.

Son olarak 0,1750 SERVQUAL puanına sahip empati boyutu bulunmaktadır. 18. Önermenin “Bolu’daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hastalara bireysel olarak ilgi gösterir.” beklentileri karşıladığı görülmektedir.

Çalışmamızdaki kanser tarama merkezleri modülünün sağlık kuruluşunun kullandığı yazılım programı ile entegre probleminin olması verilerin e-nabızdan ulaşılabilir olmasını engellemektedir. Kanser tarama merkezleri modülünün arayüzlerle sistem entegrasyonu sağlanarak müşteri memnuniyetinin arttırılacağı öngörülmektedir.

Yapılan SERVQUAL analizi sonucunda hesaplanan puanların özellikle somut özellikler ve güvenilirlik boyutlarının sağlık hizmetlerindeki modülerliğin müşteri (hasta) beklentilerini büyük ölçüde karşıladığı anlamına gelmektedir. Memnuniyet sıralamasına bakıldığında çalışmamızın amacı olan modülerliğin memnuniyete etkisini gösteren temel boyut e-nabız platformuna yönelik sorular içeren somut özellikler boyutudur. Bu boyut ele alınan 5 boyut arasından en çok memnuniyeti sağlayan boyut olarak tespit edilmiştir.

5.2. SONUÇ

Çalışmada iki ayrı analiz yapılarak I.basamak sağlık kuruluşları temel alınarak yapılan tetkik ve tedaviler devlet hastanesi, kanser tarama merkezleri ve e-nabızdan oluşan bir modüler ve platform yapı çerçevesinde ele alınmış ve hasta memnuniyeti ölçülmüştür.

Birinci analizde incelenen I.basamak sağlık kuruluşlarında hekimlerin Sağlık Bakanlığının belirlediği çeşitli yazılım programlarından istedikleri yazılım programını (arayüz) kullanabilmesi platform ve modüller arasında bilgilerin tam olarak aktarılamamasına ve koordinasyon eksikliğine neden olduğu tespit edilmiştir. Bilgilerin eksiksiz olarak aktarılamaması sonucunda e-nabız platformunda hasta bilgileri güncel olmamakta bu durum tedavi sürecini negatif olarak etkilemektedir. Kanser tarama merkezleri modülü ve e-nabız

platformu arasındaki arayüzden kaynaklanan sistem entegrasyonundaki sıkıntılar sağlık personellerinin tüm hasta tedavi bilgilerinin eksiksiz olduğunu tespit etmek amacıyla sistemdeki bilgileri tek tek kontrol etmesine hatta sisteme eksik bilgilerin işlenmesine neden olmaktadır. Bu durumun sağlık personelleri açısından zaman kaybına sebep olduğu ve bilgilerin tek tek kayıt altına alınırken hataların mümkün olabileceği gözlemlenmiştir.

Modülerliğin müşteri memnuniyetine etkisi dikkate alınan beş boyut (somut özellikler, güvenilirlik, heveslilik, empati) için de negatif çıkmıştır. Bu durum, arayüz standardizasyonunun etkin olmamasından kaynaklanan veri aktarımında yaşanan problemlerin hastaların sağlık kuruluşuna olan güvenini sarsmasından kaynaklanmaktadır. Memnuniyetin sağlanamamasının bir diğer nedeni ankete katılan hastaların bir kısmının e-nabız platformundan habersiz olması ve aktif olarak kullanmamasından, bilgilerin tek tek kontrol edilmesi gerektiği durumlarda sağlık personelinin iş yükünü artmasının zaman kaybına neden olarak, hastalarla yeterli derecede ilgilenilecek vakit kalmamasından kaynaklanmaktadır.

Modülerlik ile birlikte, sağlık sektöründe hizmet sunumunda platform ve modüller arasında arayüz standardizasyonunu etkin hale getirerek müşteri (hasta) tetkik ve tedavi sürecindeki bilgilerin eksiksiz olarak aktarılması, sistem entegrasyonunun tam olarak sağlanmasıyla sağlık personellerinin iş yükünün ortadan kalkması ve hastalara tedavi sürecinde daha fazla zaman ayırarak ve müşteri memnuniyetin artacağı öngörülmektedir.

İkinci analizde I.basamak sağlık kuruluşları temel alınarak yapılan tetkik ve tedaviler devlet hastanesi, kanser tarama merkezleri ve e-nabızdan oluşan bir modüler ve platform yapı çerçevesinde ele alınmış ve e-nabız kullanan hastaların memnuniyeti ölçülmüştür.

İncelenen I.basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan ve bu modüler yapıdan pratikte faydalanan hastaların beklentilerinin karşılandığı tespit edilmiştir. Bu durum modüler yapıların yaygınlaşarak ve hizmet alıcıların yeterli bilgiye sahip olması sağlanarak memnuniyetin arttırılabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Akdere, M., Top, M. and Tekingündüz, S., 2018, Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: the SERVPERF model, *Total quality management & business excellence*, 1–11.
- Akter, S., D'Ambra, J., Ray, P., 2010, User perceived service quality of m-health services in developing countries, *18th European conference on information systems*, Pretoria, South Africa: University of Pretoria, 1-12.
- Altan, Ş., Atan, M., 2004, Bankacılık sektöründe toplam hizmet kalitesinin servqual analizi ile ölçümü, *Gazi universitesi iktisadi ve idari bilimler fakültesi dergisi; Ankara*, 6 (1), 17-32.
- Andaleeb, S., 1988, Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model, *International journal of health care quality assurance*, 11 (6), 181-187.
- Aragon S. J. and Gesell, B.S., 2003, a patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation, *American journal of medical quality*, 18 (6), 229-241.
- Babakus E. and Mangold W.G., 1992, Adapting the servqual scale to hospital services: an empirical investigation, *HSR: Health services research*, 26 (6).
- Badri M., Attia S.T. and Ustadi A.M., 2007, Testing models for care quality for discharged patients, *POMS 18th Annual conference*, 4-7 May 2007 Dallas, Texas, U.S.A.
- Bahia, K. and Nantel, J., 2000, A reliable and valid measurement scale for the perceived service quality of banks, *International journal of bank marketing*, 18 (2), 84–91.
- Baldwin, C.Y., 2015, Modularity and organizations, *Elsevier*.
- Barut, K., 2004, *Modülerliğin gerçek operasyonlarla değerlendirilmesi: roket modülerliği örneği*, Yüksek Lisans, İstanbul Teknik Üniversitesi.
- Berry, L.L. and Bendapudi, N., 2007, Health care: a fertile field for service research, *Journal of service research*, 10 (2), 111-122.
- Blok, C., Meijboom, B., Luijckx, K., Schols, J., Schroeder, R., 2014, Interfaces in service modularity: A typology developed in modular health care provision, *Journal of operations management*, 32, 175-189.
- Bohmer, R.M., 2005, Medicine's service challenge: blending custom and standard care, *Health care management review*, 30 (4), 322-330.
- Brady, M.K. and Cronin, J.J. Jr., 2001, Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach, *Journal of marketing*, 65 (3), 34–49.

- Bryan, A., Ko J., Hu SJ., Koren, Y., 2007, Co-evolution of product families and assembly systems, *Annals of the CIRP*, 56 (1), 41–44.
- Buenstorf, G., 2005, Sequential production, modularity and technological change, *Structural Change and Economic Dynamics*, 16 (2), 221–241.
- Bushe, C.J., McNamara, D., Haley, C., McCrossan, M. and Devitt, P., 2008, Weight management in a cohort of irish inpatients with serious mental illness (SMI) using a modular behavioural programme, a preliminary service evaluation, *BMC Psychiatry*, 8 (76).
- Butler, D., Oswald, S. and Turner, D., 1996, The effects of demographics on determinants of perceived health care service quality, *Journal of management in medicine*, 10 (5), 8-20.
- Campagnolo, D., Camuffo, A., 2010, The concept of modularity in management studies: a literature review, *International Journal of Management Reviews*.
- Carlborg, P., Kindström, D., 2014, Service process modularization and modular strategies, *Journal of business & industrial marketing*, 29 (4), 313 – 323.
- Carman, James M. and Langeard, E., 1980, Growth strategies of service firms, *strategic management journal*, 1 (January-March), 7-22.
- Chahal, H., 2000, Predicting patient loyalty and service quality relationship: a case study of civil hospital, ahmedabad, india, vision, *The journal of business perspective*, 12 (4).
- Chakraborty, R., Majumdar, A., 2011, measuring consumer satisfaction in health care sector: the applicability of servqual, *International refereed research journal*, 2 (4), 149-160.
- Chatterjee, S. and Chatterjee, A., 2005, Prioritization of service quality parameters based on ordinal responses, *Total quality management*, 16 (4), 477-489.
- Chen, K. and Liu, R., 2005, Interface strategies in modular product innovation.technovation. 25, 771–782.
- Choi. K.S., Cho, W.H., Lee S.H., Lee. H., Kim, C., 2004, The relationship among quality, value, satisfaction and behavioural intention in health care provider choice: a south korean study, *Journal of Business Research*, 57, 913-921.
- Chorpita, B.F., Daleiden, E.L. and Weisz, J.R., 2005, Modularity in the design and application of therapeutic interventions, *Applied and preventive psychology*, 11 (3), 141-156.
- Conway, T. and Willcocks, S., 1997, The role of expectations in the perceptions of health care quality: developing a conceptual model, *International journal of health care quality assurance*, 10 (3), 131-40.
- Cowling, A. and Newman, K., 1995, Banking on people, *Personnel review*, 24 (7), 25–40.

- Cronin, J.J. and Taylor, S.A., 1994, Servperf versus servqual: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations, *Measurement of service quality*, 58 (1), 125-131.
- Cronin, Jr, J.J., Taylor, S.A., 1992, Measuring service quality: a reexamination and extension, *Journal of marketing*, 56 (3), 55-68.
- Cronin, J.J., Brady, M.K. and Hult, G.T., 2000, Assessing the effects of quality, Value and customer satisfaction on consumer behavioural intentions in service environments, *Journal of retailing*, 76 (2), 193-218.
- Cruess, S.R., Johnston, S. and Cruess, R.L., 2002, Professionalism for medicine: opportunities and obligations, *Medical journal of australia*, 177 (4), 208-211.
- D'Adderio, L., Pollock N., 2014, Performing modularity: competing rules, performative struggles and the effect of organizational theories on the organization, *Organization studies*, 35 (12), 1813–1843.
- De Blok, C., Luijkx, K., Meijboom, B., and Schols, J., 2010a, Modular care and service packages for independently living elderly, *International journal of operations & production management*, 30 (1), 75–97.
- De Blok, C., Luijkx, K., Meijboom, B., and Schols, J., 2010b, Improving long-term care provision: towards demand-based care by means of modularity, *BMC Health services research*, 10 (1).
- De Blok, C., Meijboom, B., Luijkx, K., and Schols, J., 2013, The human dimension of modular care provision: opportunities for personalization and customization, *International journal of production economics*, 142 (1), 16–26.
- De Blok, C., Meijboom, B., Luijkx, K., Schols, J., and Schroeder, R., 2014, Interfaces in service modularity: a typology developed in modular health care provision, *Journal of operations management*, 32 (4), 175–189.
- Demirtola, H., Atilla, E.A., 2013, Modüler organizasyon yapısı, *Gümüşhane üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 2 (1).
- Dey, P., Hariharan, S., Brookes, N., 2006, Managing healthcare quality using logical framework analysis, *Managing service quality*, 16 (2), 203-222.
- Dobrzykowski, D. D., McFadden, K. L., Vonderembse, M. A., 2016, Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: A study of lean in professional service operations, *Journal of operations management*, 42–43 (1), 39–51.
- Dörbecker, R., Böhmman, T., 2013, The concept and effects of service modularity – a literature review, *46th Hawaii international conference on system sciences*.
- Dörbecker, R., Harms, T. and Böhmman, T., 2013, Exploring prevalence, forms, and relationships of service modularity: a cross-sectional study of German private health insurance services, *Service excellence in management: proceedings of the 13th*

international research symposium on service excellence in management (QUIS 13), CTF center for service systems, Karlstad University, Sweden, 193-201.

- Dranove, D., 1998, Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers, *Journal of health economics*, 17 (1), 69-83.
- Eiriz, V., Figueiredo, J.A., 2005, Quality evaluation in health care services based customerprovider relationships, *International journal of health care*, 18 (6), 404-12.
- Eriş, Ö.Ü., Soyer, A., Asan, U., 2015, Organizasyonel modülerlik: literatür araştırması, *Selçuk üniversitesi mühendislik bilim ve teknoloji dergisi*, 3 (3).
- Ganguli, S., Roy, S. K., 2010, Service quality dimensions of hybrid services, *Managing service quality: an international journal*, 20(5), 404–424.
- Garland, T. N., Oyabu, N., and Gipson, G. A., 1989, Job satisfaction among nurse assistants employed in nursing homes: An analysis of selected job characteristics. *Journal of aging studies*, 3 (4), 369–383.
- Gershenson, J.K., Prasad, G.J., 1997, Product modularity and its effect on service and maintenance, *Maintenance and reliability conference*.
- Ghobadian, A., Speller,S., Jones,M., 1994, Service quality: concepts and models, *International journal of quality & reliability management*, 11 (9), 43-66.
- Göktaş, B., Önder, Ö.R., Duran, M., Şakar, S., Yılmaz, M., Güler, S., Çınar, İ., Çamlıdağ, T., Şenkal, Y., Özdemir, G., 2017, Türkiye’de sağlık bilgi sistemleri üzerine bir araştırma, *Ankara sağlık bilimleri dergisi*, 1-2-3, 125-138.
- Hölttä-Otto, K., Tang, V., and Otto, K., 2008, Analyzing module commonality for platform design using dendrograms, *Research in engineering design*, 19 (2-3), 127–141.
- <https://adapazarism.saglik.gov.tr>, [Ziyaret tarihi: 30 Nisan 2019].
- <https://enabiz.gov.tr>, [Ziyaret tarihi: 12 Mayıs 2019].
- <https://iscidunyasi.com>, [Ziyaret tarihi: 11 Mayıs 2019].
- <https://www.mhrs.gov.tr>, [Ziyaret tarihi: 12 Mayıs 2019].
- <https://www.tamamlayicisaglik.com>, [Ziyaret tarihi: 11 Mayıs 2019].
- Hussain, R., Al Nasser, A., & Hussain, Y. K., 2015, Service quality and customer satisfaction of a UAE-based airline: an empirical investigation, *Journal of air transport management*, 42, 167–175.
- Johnston, R., 1995, The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *International journal of service industry management*, 6 (5), 53–71.
- Kang, G. D. and James J., 2004, Service quality dimensions: an examination of gronroos’s service quality model, *Managing service quality*, 14 (4), 266-277.

- Keith, F., 1995, Marketing management and information technology, *Prentice Hall*, II. Edition, UK.
- Kumar, M., Sujit, K. S., and Charles, V., 2018, Deriving managerial implications through servqual gap elasticity in UAE banking, *International journal of quality & reliability management*, 35 (4), 940–964.
- Lanseng, E.J., and Andreassen, T.W., 2007, Electronic healthcare: a study of people's readiness and attitude toward performing self-diagnosis, *International journal of service industry management*, 18 (4), 394-417.
- Lee, H., Delene, L.M., Bunda, M.A., 2000, Methods of measuring health-care service quality, *Journal of business research*, 48, 233–246.
- Lillrank, P., Chaudhuri, A., and Torkki, P., 2015, Economies of scale in cardiac surgery, *Journal of hospital administration*, 4 (2), 78-86.
- Linder-Pelz, S., 1982, Toward a theory of patient satisfaction, *Social science and medicine*, 16 (5), 577-82.
- Ma, F., Wang, L., and Xu, H., 2011, Dynamics mechanism and innovation model of service modularity.
- Macduffie, J.P., 2012, Modularity-as-property, modularization-as-process, and 'modularity'-as-frame: lessons from product architecture initiatives in the global automotive industry, *Global strategy journal*, 3, 8-40.
- Meyer, M.H., Jekowsky, E., and Crane, F.G., 2007, Applying platform design to improve the integration of patient services across the continuum of care, *Managing service quality: an international journal*, 17 (1), 23-40.
- Mikkola, J.H., 2006, Capturing the degree of modularity embedded in product architectures, *The journal of production innovation management*, 23, 128-146.
- Mirchandani, P., Mishra, A.K., 2002, Component commonality: models with product-specific service constraints. *Production and operations management*, 11 (2).
- Mosher, T., Young, Q., 2007, Modular platform architecture for satellites, *United states patent application publication*, 1-17.
- Naidu, A., 2009, Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality, *International journal of health care quality assurance*, 22 (4), 366-381.
- Oppewal, H., Vriens, M., 2000, Measuring perceived service quality using integrated conjoint experiments, *International journal of marketing*, 18 (4).
- Ömürbek, N., Altın, F.G., 2009, Sağlık bilişim sistemlerinin uygulanmasına ilişkin bir araştırma: izmir örneği, *SDÜ fen edebiyat fakültesi sosyal bilimler dergisi*, 19, 211-232.

- Özata, M., 2004, *Sağlık bilişim sistemlerinin hastane etkinliğinin araştırılmasında yeri ve önemi (veri zarflama analizine dayalı bir uygulama)*, Doktora, Selçuk Üniversitesi.
- Özata, M., Aslan, Ş., 2004, Klinik karar destek sistemleri ve örnek uygulamalar, *Kocatepe tıp dergisi*, 5, 11-17.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L., 1994, Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research, *Journal of marketing*, 58 (1), 111–124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L., 1988, Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of retailing*, 64 (1).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L., 1985, A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of marketing*, 49 (4), 41-50.
- Paul III, D. P., 2003, What is the “best” approach for measuring service quality of periodontists?, *Clinical research and regulatory affairs*, 20 (4), 457-468.
- Pekkarinen, S., Ulkuniemi, P., 2008, Modularity in developing business services by platform approach, *The international journal of logistics management*, 19 (1), 84-103.
- Radwin, L., 2000, Oncology patients’ perceptions of quality nursing care, res.nurs, *Health*, 23 (3), 179-190.
- Rahikka, E., Ulkuniemi, P., Pekkarinen, S., 2011, Developing the value perception of the business customer through service modularity, *Journal of business & industrial marketing*, 26 (5), 357-367.
- Ramachandran, A., Cram, N., 2005, Standards and customer satisfaction in the healthcare industry, *Journal of clinical engineering*, october/december, 219-228.
- Saat, M., 1999, Kavramsalsal hizmet modeli ve hizmet kalitesini ölçme aracı olarak servqual analizi, *Gazi üniversitesi i.i.b.f. dergisi*, 1(3).
- Salvador, F., 2007, Toward a product system modularity construct: literature review and reconceptualization, *Ieee transactions on engineering management*, 54 (2).
- Saravanan, R., & Rao, K. S. P., 2007, Measurement of service quality from the customer’s perspective– an empirical study, *Total quality management & business excellence*, 18 (4), 435–449.
- Schilling, M.A., 2000, Toward a general modular systems theory and its application to interfirm product modularity, *Acad. manage. rev.*, 25 (2), 312–334.
- Schilling, M. A., & Steensma, H. K., 2001, The use of modular organizational forms: an industry-level analysis *Academy of Management Journal*, 44(6), 1149–1168.
- Sevimli, S., 2006, *Hizmet sektöründe kalite ve hizmet kalitesi ölçümü üzerine bir uygulama*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Shabbir, S., Kaufmann H.R. and Shehzad, M., 2010, Service quality, word of mouth and trust: drivers to achieve patient satisfaction, *Scientific research and essays*, 5 (17) , 2457-2462.
- Siddiqi, K.O., 2011, Interrelations between service quality attributes, customer satisfaction and customer loyalty in the retail banking sector in bangladesh, *International journal of business and management*, 6 (3), 12-36.
- Silander, K., Torkki, P., Lillrank, P., Peltokorpi, A., Brax, S., A., Kaila, M., 2017, Modularizing specialized hospital services: constraining characteristics, enabling activities and outcomes, *International journal of operations & production management*, 37 (6), 791-818.
- Soffers, R., Meijboom, B., van Zaanen, J. and van der Feltz-Cornelis, C., 2014, Modular health services: a single case study approach to the applicability of modularity to residential mental healthcare, *BMC health service research*, 14 (210), 1-10.
- Sohail, M.S., 2003, Service quality in hospitals: more favourable than you think, *Managing serv. qual.*, 13 (3), 197-206.
- Southard, M., 2016, Implementing challenging policy and systems change: Identifying leadership competencies, *Human service organizations: management, leadership & governance*, 40(1), 1-5.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018, *E- Nabız kullanım kılavuzu*, s. 10-40.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2015, *Kişisel Sağlık Kaydı Platformu E- Nabız Tanıtım Dokümanı*, Ankara, 8-55.
- Teas, R. K., 1994, Expectations as a comparison standard in measuring service quality: an assessment of a reassessment, *Journal of Marketing*, 58 (1), 132-139.
- Tucker, J., 2002, The moderators of patient satisfaction, *Journal of management in medicine*, 16(1), 48-66.
- Tucker, J. III., and Adams, S.R., 2001, Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care, *Managing service quality*, 11 (4), 272-286.
- Vähätalo, M. and Kallio, T.J., 2015, Organising health services through modularity, *International journal of operations & production management*, 35(6), 925-945.
- Van der Laan, M.R., 2015, The feasibility of modularity in professional service design: towards low cost person-centred care, *Rijksuniversiteit Groningen*, Groningen.
- Vickery, S.K., Koufteros, X., Dröge, C., Calantone,R., 2016, Product modularity, process modularity, and new product introduction performance: does complexity matter?, *Production and operation management*, 25 (4), 751-770.

- Wolters, M.J., 2002, The business modularity and modularity of business'. *Erim ph.d. series research in management*.
- Woodside, A.G., Lisa. L.F., Robert. T.D., 1989, Linking service quality, customer satisfaction and behavioural intentions, *Journal of health care marketing*, 9, 5-17.
- www.slideshare.net, [Ziyaret tarihi:4 Mayıs 2019].
- Yang,L., Shan, M., 2009, Process analysis of service modularization based on cluster arithmetic, *First international workshop on database technology and applications*, 25-26 April, Wuhan, Hubei, China.
- Yen, L., Gillespie, J., Jeon, Y.-H., Kljakovic, M., Brien, J., Pearce-Brown, C., Jan, S., Lehnbohm, E. and Usherwood, T., 2010, Health professionals, patients and chronic illness policy: a qualitative study, *Health expectation*, 14(1), 10-20.
- Yorulmaz, M., Odacı, Ş., Akkan, M., 2018, Dijital sağlık ve e-nabız farkındalık düzeyi belirleme çalışması, *Selçuk üniversitesi sosyal ve teknik araştırmalar dergisi*, 16, 1-11.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A., 1996, The behavioral consequences of service quality, *Journal of marketing*, 60(2), 31–46.
- Zeithaml, Valarie A., 1981, How consumer evaluation pro-cesses differ between goods and services in marketing of Services, *J. Donnelly and W. George, eds., Chicago: american marketing*, 186-190.
- Zena, P.A., Hadisumarto, A.D., 2012, The study of relationship among experiential marketing, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty, *Asean marketing journal*, 4(1), 37-46.
- Zerenler, M., Öğüt, A., 2007, Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: konya örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.

EKLER

Ek 1. Sağlık hizmetlerinde modülerliğin müşteri memnuniyetine etkisini ölçmede kullanılan SERVQUAL anketi.

BÖLÜM 1

I.Basamak (Sağlık Ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında verilen hizmetleri kullanan bir müşteri olarak ve tecrübelerinize dayanarak, mükemmel kalitede hizmet veren bir sağlık kuruluşunun I.basamak Bölüm 1’de tarif edilen özelliklere ne derecede sahip olması gerektiğini düşününüz. Aşağıda yer alan ölçeği kullanarak her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi belirtiniz. Örneğin, Bolu’da bulunan I.Basamak sağlık kuruluşunun söz konusu özelliğe “kesinlikle sahip olmadığını” düşünüyorsanız **1**, “kesinlikle sahip olduğunu” düşünüyorsanız **5** numarayı işaretleyiniz.

Kesinlikle

Kesinlikle

katılmıyorum

katılıyorum

1-----2-----3-----4-----5

İki uçta de değilseniz lütfen söz konusu özellik için düşündüğünüz gereklilik derecesine göre iki uç arasında hangisine daha yakın hissettiğinizi dikkate alarak en uygun gelen değeri işaretleyiniz. Eğer söz konusu özellik için her hangi bir uca yakın hissetmiyor, ifadenin doğruluğuna ne katılıyor ne katılmıyorsanız 3 numarayı işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5
1. I.Basamak(Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hastaların daha önce yaptırdıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri sağlık kuruluşunun sisteminde güncel olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahip olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenmeli ve e-nabızdan ulaşılabilir olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirmelidir.
8. Hastalar geriye dönük tetkiklere(tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilmelidir.
9. Hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakın olmalıdır.
10. Sağlık kuruluşu tetkik(tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilir olmalıdır.
11. Hastane personelleri konularında çok bilgili Sağlık personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve istekli olmalıdır.
12. Sağlık personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklanmalıdır.
13. Sağlık personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahip olmalıdır.
14. I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri, II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforlu olmalıdır.
15. Tahlil ve tarama takibi güven verici olmalıdır.
16. Hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezi olmalıdır.
17. Hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hissetmelidir.
18. Sağlık personeli hastalara bireysel olarak ilgi göstermelidir.
19. Sağlık personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenmelidirler.

BÖLÜM 2

Aşağıda hastaneler ve verdikleri hizmetlerle ilgili bazı özellikler verilmiştir. Bir hastanenin hizmet kalitesini değerlendirirken bu özelliklerin sizin için taşıdıkları önem derecelerini düşünerek toplam 100 puanı bu özellikler arasında size ifade ettikleri önemle orantılı olarak

dağıttınız. Lütfen aşağıdaki özellikleri sizin için taşıdıkları önem derecesine göre puanlandırınız.

ÖZELLİKLER

PUANLAMA

- I.Basamak(Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülebilmesi. ()
- Sağlık kuruluşu tetkik takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilir olması. ()
- Sağlık personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve istekli olması. ()
- I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforlu olması. ()
- Sağlık personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenmesi ()

BÖLÜM 3

Bolu’da I.Basamak (Sağlık Ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşunun verdiği hizmetleri kullanan bir müşteri olarak ve tecrübelerinize dayanarak, lütfen aşağıda tarif edilen özelliklere ne derecede sahip olduğunuzu düşününüz. Aşağıda yer alan ölçeği kullanarak her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi belirtiniz. Örneğin, Bolu’da bulunan I.Basamak sağlık kuruluşunun söz konusu özelliğe “kesinlikle sahip olmadığını” düşünüyorsanız **1**, “kesinlikle sahip olduğunuzu” düşünüyorsanız **5** numarayı işaretleyiniz.

Kesinlikle

Kesinlikle

katılmıyorum

katılıyorum

1-----2-----3-----4-----5

İki uçta de değilseniz lütfen söz konusu özellik için düşündüğünüz gereklilik derecesine göre iki uç arasında hangisine daha yakın hissettiğinizi dikkate alarak en uygun gelen değeri işaretleyiniz. Eğer söz konusu özellik için herhangi bir uca yakın hissetmiyor, ifadenin doğruluğuna ne katılıyor ne katılmıyorsanız 3 numarayı işaretleyiniz.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bolu'daki I.Basamak(Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık kuruluşlarında yapılan tetkikler e-nabızda görülür. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun ulaşımı kolaydır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hasta bilgileri güncel olarak saklanır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun sisteminde hastaların daha önce yaptıkları tahlil ve kullandıkları ilaç bilgileri günceldir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tedavinin gerektirdiği bütün işlemleri yapabilecek donanıma sahiptir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda kanser tarama tetkikleri otomatik olarak sisteme yüklenir ve e-nabızdan ulaşılır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşu tahlil, kanser tarama gibi tetkik sonuçlarını vaat ettiği zamanda yerine getirir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun hastaları geriye dönük tetkiklere (tahlil ve taramalara), ihtiyaç duyduğunda ulaşabilir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hastaların bir problemi olduğunda sağlık kuruluşu çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda tetkik (tarama ve tahlil) takibi ve hasta bilgilerini kayıt altına alma konusunda dürüst ve güvenilirdir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hastalara yardım etmeye her zaman hazır, gönüllü ve isteklidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri hizmetin ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personelleri her hastayla yeterli derecede ilgilenecek zamana sahiptir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bolu'da I.Basamak (Sağlık ocağı, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) sağlık hizmetleri, II.(Devlet Hastanesi) ve III.basamak (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi) sağlık hizmetlerine göre daha konforludur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda tahlil ve tarama takibi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

güven vericidir.

16. Bolu'da hastanın sağlık problemi yaşadığında ilk başvurmak istediği yer aile sağlığı merkezidir.

17. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunda hasta mahremiyetinin korunması açısından kendini güvende hisseder

18. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hastalara bireysel olarak ilgi gösterir.

19. Bolu'daki I. basamak sağlık kuruluşunun personeli hasta ile en içten şekilde ilgilenir.

BÖLÜM 4

1. Cinsiyetiniz

() Kadın

() Erkek

2. Yaşınız ()

3. Eğitim

() İlkokul

() Ortaokul ve dengi

() Lise ve dengi

() Yüksek okul

() Üniversite

() Yüksek lisans ve üstü

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Elif ÇETİN
Doğum Yeri	Fatih
Doğum Tarihi	18.08.1992
Uyruğu	<input checked="" type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer:
Telefon	05548131813
E-Posta Adresi	elifcetin7@gmail.com
Web Adresi	



Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Sakarya Üniversitesi
Fakülte	Mühendislik Fakültesi
Bölümü	Endüstri Mühendisliği Bölümü
Mezuniyet Yılı	2015

Yüksek Lisans	
Üniversite	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Enstitü Adı	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Anabilim Dalı	Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı
Programı	Endüstri Mühendisliği Programı

Makale ve Bildiriler	