



T.C

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı

**KAMU HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ
MEMNUNİYETİ ALGISI: SİVAS-YOZGAT İLİ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Doktora Tezi

Kenan YURTSAL

Sivas

Mayıs 2020

T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı

**KAMU HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ
MEMNUNİYETİ ALGISI: SİVAS-YOZGAT İLİ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Doktora Tezi

Kenan YURTSAL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Enis Baha BİÇER

Sivas
Mayıs 2020

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Kamu Yönetimi
Tezin Başlığı : Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Algısı: Sivas-Yozgat İli Karşılaştırılması
Savunma Tarihi : 27.04.2020
Danışmanı : Doç. Dr. Enis Baha BİÇER

Unvanı - Adı Soyadı

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Zührem YAMAN
Danışman : Doç. Dr. Enis Baha BİÇER
Üye : Doç. Dr. Osman ALACAHAN
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Raci KILAVUZ
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Salih ÇİFTÇİ

İmza



Oy Birliği

Oy Çokluğu

Kenan YURTSAL tarafından hazırlanan Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Algısı: Sivas-Yozgat İli Karşılaştırılması başlıklı tez kabul edilmiştir./..../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu doktora tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dâhil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

28.04/2020

Kenan YURTSAL

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
SİMGE VE KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	xi
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ	3
1.1. Müşteri Kavramı	3
1.1.1. İç Müşteri.....	3
1.1.2. Dış Müşteri	3
1.2. Müşteri İlişkileri Yönetimi (MİY) Kavramı	4
1.3. MİY'nin Ortaya Çıkma Süreci.....	7
1.4. Müşteri İlişkileri Yönetiminin İşletmeye Katkıları.....	9
1.5. Müşteri İlişkileri Yönetiminin Kapsamı	11
1.5.1. Müşteri Değeri.....	11
1.5.2. Müşteri Memnuniyeti (Tatmini).....	11
1.5.3. Müşteri Sadakati	13
1.5.4. Müşteriyi Elde Tutma.....	14
1.6. Müşteri İlişkileri Yönetiminin Bileşenleri	15
1.6.1. Süreç	15
1.6.2. Teknoloji.....	17

1.6.3.Organizasyonel Uyum ve Organizasyonel Kültür	18
1.7.Müşteri İlişkileri Yönetimi Gelişim Sürecinin Aşamaları	19
1.7.1.Müşteri Seçimi	19
1.7.2.Müşteri Kazanma	20
1.7.3.Müşteri Koruma	20
1.7.4. Müşteri Derinleştirme	20
1.8. Müşteri İlişkileri Yönetiminin Riskleri.....	21
1.9. MİY'nin Kitlesele Pazarlamayla Karşılaştırılması.....	21
1.10.Müşteri İlişkileri Yönetiminde Amaç	22
1.11.Müşteri İlişkileri Yönetimi Çeşitleri.....	24
1.12. Müşteri İlişkileri Yönetiminde Kritik Başarı ve Başarısızlık Faktörleri	25
İKİNCİ BÖLÜM	29
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	29
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramı	29
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	31
2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	31
2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	32
2.2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	32
2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Örgütlenmesi.....	33
2.3.1.Osmanlı Dönemi	33
2.3.2.1923-1937 Dönemi.....	34
2.3.3. 1937-1960 Dönemi.....	35
2.3.4. 1960-2000 Dönemi.....	36
2.3.5. 2000-2020 Dönemi.....	37
2.4. Sağlık Hizmetleri Talebi	38

2.5. Sağlık Hizmetleri Arzı	39
2.5.1.Sağlık Bakım Arzının Özellikleri	40
2.5.1.1.Ürünün Karmaşıklığı	40
2.5.1.2.Organizasyonun Karmaşıklığı	40
2.5.1.3.İhtisaslaşmış Girdi Piyasaları	41
2.6.Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Arzı.....	41
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	43
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ	
MEMNUNİYETİ	43
3.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi Kavramları.....	43
3.1.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi	43
3.1.1.1. Kalitenin Önemi	44
3.1.1.2 Kalite Hedefleri	45
3.1.1.3 Kalitenin Faydaları	46
3.1.1.4 Hizmet Kalitesinin Önemi	46
3.1.1.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	46
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	47
3.3. Kaliteli Sağlık Hizmetlerinin Hedefleri	49
3.4 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Modelleri	50
3.4.1 Algılanan Hizmet Kalitesi (GRÖNROOS) Modeli.....	50
3.4.2 SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli	51
3.4.3 SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli.....	52
3.5.Sağlık Hizmeti Kalitesini Etkileyen Unsurlar.....	53
3.6. Müşteri Memnuniyeti ve Sağlıkta Müşteri Memnuniyeti.....	53
3.6.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı	53

3.6.2. Sağlık Sektöründe Müşteri	54
3.7. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Memnuniyetine Etki Eden Unsurlar	55
3.7.1.Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti	55
3.7.2.Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Unsurlar	55
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	57
KAMU HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ALGISI.....	57
4.1. Araştırmanın Modeli ve Önemi	57
4.1.1.Araştırmanın Modeli	57
4.1.2.Araştırmanın Önemi.....	57
4.1.3.Araştırma Konusuyla İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	58
4.2.Araştırmanın Amaçları	60
4.2.1.Araştırmanın Amacı	60
4.2.2.Araştırmanın Yöntemi.....	60
4.3.Araştırmanın Evreni.....	61
4.3.Örnekleme Süreci	61
4.3.1.Araştırma için Hastanelerin Belirlenmesi	62
4.3.1.1.Araştırma Yapılan Hastaneler	62
4.3.1.1.1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi	62
4.3.1.1.2.Sivas Numune Hastanesi	64
4.3.1.1.3.Yozgat Bozok Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi....	65
4.3.1.1.4.Yozgat Şehir Hastanesi	65
4.4.Araştırmanın Hipotezleri	67
4.5. Demografik bulgulara Göre Dağılımlar.....	69

4.6.Verilerin Güvenilirliđi.....	72
4.6.1. Verilerin Normallik Analizi	72
4.7.Faktörlerin Cinsiyete Göre Analizi	72
4.8.Faktörlerin Polikliniğe Göre Analizi.....	74
4.9.Faktörlerin Yaşaa Göre Analizi	75
4.10.Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Analizi	83
4.11. Faktörlerin İş Durumuna Göre Analizi	92
4.12.Faktörlerin Gelire Göre Analizi	101
4.13. Faktörlerin Hastaneye Göre Analizi.....	102
SONUÇ	117
KAYNAKÇA.....	123
EKLER	137
Ek 1: Anket Örneği	137
Ek 2: İzinler.....	139
ÖZGEÇMİŞ	143

SİMGE VE KISALTMALAR

CRM	:Customer Relationship Management
MİY	:Müşteri İlişkileri Yönetimi
IT	:Information Technology
BT	:Bilişim Teknolojileri
WHO	:World Health Organisation
DSO	:Dünya Sağlık Örgütü
Vb.	:Ve benzeri
Ark.	:Arkadaşları
Diğ.	:Diğerleri
RM	: Relationship Management (İlişki Pazarlaması)



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Cinsiyete Göre Dağılım	69
Tablo 2: Polikliniğe Göre Dağılım	69
Tablo 3: Hastaneye Göre Dağılım	69
Tablo 4: Yaşa Göre Dağılım	70
Tablo 5: Eğitime Göre Dağılım	70
Tablo 6: İş Durumuna Göre Dağılım	71
Tablo 7: Gelir Durumuna Göre Dağılım.....	71
Tablo 8: Ölçeklerin ve Maddelerin Cronbach α katsayıları.....	72
Tablo 9: Faktörlerin Cinsiyete t Testi Sonuçları.....	73
Tablo 10: Faktörlerin Polikliniğe Göre t Testi Sonuçları	74
Tablo 11: Faktörlerin Yaşa Göre Anova Testi.....	75
Tablo 12: Faktörlerin Yaşa Göre Homojenlik Testi Sonucu	76
Tablo 13: Yaş Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları	78
Tablo 14: Faktörlerin Yaşa Göre Ortalamaları	80
Tablo 15: Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Anova Testi.....	83
Tablo 16: Faktörlerin Eğitime Göre Homojenlik Testi Sonucu.....	84
Tablo 17: Eğitim Gruplarına Göre Tukey ve Tamhane T2 Testi Sonuçları	85
Tablo 18: Faktörlerin Eğitime Göre Ortalamaları	87
Tablo 19: Faktörlerin İş Durumuna Göre Anova Testi.....	92
Tablo 20: Faktörlerin İş Durumuna Göre Homojenlik Testi Sonucu	93
Tablo 21: İş Gruplarına Göre Tamhane T2 Testi Sonuçları	94
Tablo 22: Faktörlerin İş Durumuna Göre Ortalamaları	99
Tablo 23: Faktörlerin Gelire Göre Anova Testi.....	101
Tablo 24: Faktörlerin Hastaneye Göre Anova Testi	102
Tablo 25: Faktörlerin Hastaneye Göre Homojenlik Testi Sonucu.....	103

Tablo 26: Hastane Gruplarına Göre Tukey ve Tamhane T2 Testi Sonuçları.....	105
Tablo 27: Faktörlerin Hastane Göre Ortalamaları	107
Tablo 28: Faktörler Arasındaki İlişki Düzeyi.....	112
Tablo 29: Hizmet Kalitesinin Hastaların Memnuniyetine Etkisi	114
Tablo 30: Hizmet Kalitesinin Faktörlerinin Hastaların Memnuniyetine Etkilerinin Yönü Dereceleri	114



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1. Müşteri değerini oluşturan unsurlar	11
Şekil 1.2. Müşteri tatminini etkileyen faktörler.....	13





ÖZET

Müşteri İlişkileri Yönetimi (MİY) uygulamaları, müşteri memnuniyetini artırmayı, korumayı ve geliştirmeyi amaç edinmiştir. Müşteri ilişkilerinin amacı sağlıklı, verimli, güvene dayalı ve uzun bir ilişki oluşturmaktır. Günümüzde bireylerin sağlığa verdiği önem oldukça artmıştır. Sağlık hizmetlerine olan kaliteli bakım talebi yaygınlaşmıştır. Bu durum sağlık kuruluşları arasında rekabeti artırmıştır. Bu rekabetin nedeni artan sayıda sağlık kuruluşu ve bu kuruluşların varlıklarını sürdürme gereğidir. Fiziksel yapı, ekipman, insan gücü ve sermaye gibi kaynak özellikleri ile hizmetin sunulma şekli ve kullanıcıların memnuniyeti işletmeler arasındaki rekabeti belirleyen en önemli özelliklerdir.

Bu çalışmada öncelikli olarak müşteri, müşteri ilişkileri yönetimi, hizmet, kalite ve müşteri memnuniyeti gibi kavramlar incelenmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin ölçülmesi konuları ele alınmıştır.

Bu çalışma kapsamında kullanılan anketler, Sivas ve Yozgat illerinde bulunan her bir il için, bir üniversite ve bir devlet hastanesi olmak üzere iki hastanede uygulanmıştır. Çalışmanın uygulama bölümü, Sivas ve Yozgat illerinde faaliyette bulunan ikisi kamu (Sağlık Bakanlığı'na bağlı) ikisi de üniversite olmak üzere toplam dört hastanede tedavi gören müşteriler (hastalar) tarafından, ilgili hastanelerdeki hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyete olan etkisini ölçmek üzere yapılmış bir araştırmadır. Araştırma geliştirilen bir model çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırmanın modeli, önemi, amaçları, hipotezleri ve yöntemi açıklandıktan sonra araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda; kamu hastanelerinde, devlet yatırımlarının etkisiyle hastaların olumlu düşüncelerinin olduğu, yeni yapılan hastanelerde hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Müşteri İlişkileri Yönetimi, Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti, Kamu Hastaneleri



ABSTRACT

Customer Relationship Management (CRM) applications aim to increase, protect and improve customer satisfaction. The purpose of customer relations is to create a healthy, efficient, trust-based and long relationship. Today, the importance that individuals attach to health has increased considerably. The demand for quality care for health services has become widespread. This situation increased competition among the health institutions. The reason for this competition is the increasing number of health institutions and the need to maintain their existence. Resource characteristics such as physical structure, equipment, manpower and capital, the way service is provided and the satisfaction of users are the most important features that determine the competition among the enterprises.

The questionnaires used within the scope of this study were carried out for two provinces in Sivas and Yozgat provinces, in two hospitals, a university and a public hospital. The application part of the study is a study conducted by Sivas and Yozgat in order to measure the effect of the quality of service in the hospitals by the customers (patients) treated in four hospitals (two affiliated to the Ministry of Health) and the university. The research was carried out within the framework of a developed model. After explaining the model, importance, aims, hypothesis and method of the research, the findings obtained from the research were evaluated. In the results of working; In public hospitals, it was determined that patients had positive thoughts with the effect of state investments, and the level of patient satisfaction in new hospitals was high.

Key Words: Customer Relations Management, Service Quality, Customer Satisfaction, Public Hospitals



GİRİŞ

Müşteri yapısı artık günümüzde daha özgür, daha katılımcı, daha seçici ve daha duyarlı bir hale gelmiştir. İşletmeler müşterileri ile etkili ve çift yönlü bir etkileşim kurmayı hedeflemektedir. Müşteri İlişkileri Yönetimi (MİY)-Customer Relationship Management (CRM) uygulamaları, özellikle müşteri sadakati ve müşteri memnuniyetini artırmayı, korumayı ve geliştirmeyi amaç edinmiştir. Müşteri ilişkilerinin temeli sağlıklı, verimli, güvene dayalı ve uzun bir ilişki oluşturmaktır.

Günümüzde bireylerin sağlığa verdiği önem oldukça artmıştır. Sağlık hizmetlerine olan kaliteli bakım talebi yaygınlaşmıştır. Bu durum sağlık kuruluşları arasında rekabeti artırmıştır. Bu rekabetin nedeni artan sayıda sağlık kuruluşu ve bu kuruluşların varlıklarını sürdürme gereğidir. Fiziksel yapı, ekipman, insan gücü ve sermaye gibi kaynak özellikleri ile hizmetin sunulma şekli ve kullanıcıların memnuniyeti işletmeler arasındaki rekabeti belirleyen en önemli özelliklerdir.

Sağlık hizmeti sunucularının sayısının artmasından dolayı, sağlık alanında seçici olmak ve müşteri beklentilerindeki artış nedeniyle tercih edilen hizmet kalitesini ortaya koymak çok önemli bir hale gelmiştir. Müşterilerin sunulan hizmetten memnun olması, Müşteri İlişkileri Yönetimi felsefesinin temelini teşkil eder. Bu durum, işletmeye sadık müşteriler kazandıracaktır. Bunun sonucunda, doğal olarak işletmelerin uzun vadede kâr elde etmesi sağlanacaktır.

Günümüzde kamu ve özel sektör işletmeleri birçok alanda farklı uygulamalarla rekabet etmektedir. Bu rekabetin en fazla yaşandığı sektörlerden biri de sağlık sektörüdür. Son yıllarda yapılan yasal düzenlemelerle daha da yükselen rekabet, sadece sağlık işletmeleri kamu-özel sektör rekabetini değil, özel sektör ve kamu sektörünün kendi içindeki rekabeti de üst seviyeye çıkarmıştır.

Bu çalışma, Sivas ve Yozgat illerinde faaliyette bulunan ikisi kamu (Sağlık Bakanlığı'na bağlı) ikisi de üniversite olmak üzere toplam dört hastanede tedavi gören müşteriler (hastalar) tarafından, ilgili hastanelerdeki hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyete olan etkisini ölçmek üzere yapılmış bir araştırmadır. Müşterilerin (hastaların) ilgili sağlık işletmesi (hastane) hakkındaki algılanan hizmet

kalite düzeyleri ölçülerek bu faktörlerle birlikte demografik faktörlerin müşteri (hasta) memnuniyetine etki düzeyleri belirlenmeye çalışılacaktır. Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Hastanelerde uygulanmış olan bu anketlerin sonucunda hastaların memnuniyet düzeyleri tespit edilmiştir. Müşteri İlişkileri Yönetimi felsefesi doğrultusunda hastane yönetiminden elde edilen sonuçlar çerçevesinde, daha iyi bir hizmet sunmak için bir yol haritası belirlenecektir. Bu hedefler doğrultusunda tez dört ana bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın ilk bölümünde; “Müşteri” ve “Müşteri İlişkileri Yönetimi” (MİY) Kavramları açıklanmıştır. İkinci bölümde; “Sağlık” ve “Sağlık Hizmeti” Kavramları, “Türkiye’de Sağlık Hizmeti” konuları tartışılmıştır. Üçüncü bölümde ise; “Kalite” ve “Hizmet Kalitesi” kavramları ve “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” ve “Memnuniyet” konuları açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın dördüncü bölümünde; “Araştırmanın Modeli ve Önemi”, “Araştırmanın Hipotezleri”, “Faktörlerin Değişkenlere Göre Dağılımları” konuları tartışılmıştır. Sonuç kısmında ise çalışma sonucunda ortaya çıkan veriler yorumlanmış ve bu veriler doğrultusunda çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ

1.1.Müşteri Kavramı

Taşkın (2000) 'e göre müşteri, ticari veya kişisel hedefleri doğrultusunda satın alan veya satın alabilen herhangi bir işletmenin, kişinin veya kuruluşun belirli bir marka ürünü olarak ifade edilmektedir.

Barlow (1998)'e göre, günümüzde müşteri kavramının ifade ettiği anlam önemli ölçüde genişleme göstermiştir. Müşteriler artık okulda öğrenciler, hastanelerdeki hastalar, toplu taşıma araçlarını kullanan yolcular ve birçok alanda görülmektedir. Müşteriler artık işletmelerin temel unsuru olarak görülmeye başlamıştır. Müşteri kavramı sürecin oluşturmuş olduğu ürünü kurum içinde ve dışında alan kişiler olarak ifade edilir ve müşteriler iç ve dış olmak üzere iki ana grupta incelenmektedir.

1.1.1.İç Müşteri

Dahili (İç) müşteri, işletmedeki başka bir kişi, grup veya departmanın ardından ürünü veya hizmeti alan kişi, grup veya departmandır. Bir kuruluştaki herkes dış müşterilerle doğrudan iletişim içinde olmayabilir. Ancak, önemli veya önemsiz olup olmadıklarına bakılmaksızın, müşteriye ulaşan ürün veya hizmetlerin oluşturulmasında herkesin bir sorumluluğu vardır. Çünkü üretim süreci belirli bir amaç için bir dizi faaliyetten oluşmaktadır. Bu nedenle, sürecin herhangi bir noktasında çalışan herkes, önceki aşamada yer alacak kişi ve departmanların müşterisi ve bir sonrakinin tedarikçisidir. Bu nedenle, her çalışan müşteri gibi davranmalı ve bir sonraki aşamada çalışan diğerlerini tatmin etmelidir (Tarcan 2001: 66)

1.1.2. Dış Müşteri

“*Dış Müşteri*” dediğimizde, pazarda şirketin ürünlerini satın alan kişiler ya da firmalar akla gelmektedir; zira onlar, şirket faaliyetlerinin paraya dönüşmesini

sağlamaktadırlar. Başka bir deyişle, dış müşteri “kuruluşun ürettiği ürün ve hizmeti son kullanıcıya getiren zincirdeki tüm müşteri” olarak ifade edilebilir (Taşkın 2000).

Dış Müşteri ürün veya hizmetin;

- Nasıl algılandığına,
- İyi kalitede olup olmadığına,
- Memnuniyet yaratıp yaratmadığına,
- İhtiyaca cevap verme durumuna,
- Verilen sözlerin yerine getirilmesine dikkat eder.

1.2.Müşteri İlişkileri Yönetimi (MİY) Kavramı

Müşteri İlişkileri Yönetimi uygulamalarının günümüz iş dünyasında çok önemli olduğu açıktır. Bu sebepten dolayı; MİY kavramı, literatür çalışmalarında da oldukça popülerdir. Prahalad ve Ramaswamy'nin (2001) belirttiği gibi, artık müşteriler 70'lerde veya 80'lerdeki gibi davranmamaktadır. İnternet ve teknoloji sayesinde daha iyi ve daha ucuz ürün ve hizmetler bulmalarına yardımcı olan devasa bir ağın parçası durumuna gelmişlerdir.

Müşteri İlişkileri Yönetimi sadece basit bir sabit sistem olarak kabul edilebilecek bir Bilişim Teknolojileri (BT) sistemi veya teknolojik bir çözüm değildir. Chen ve Popovich'in (2003) belirttiği gibi, Müşteri ilişkileri yönetimi, bir şirketin müşterilerini anlamaya çalışan insanlar, süreçler ve teknolojinin birleşimidir. Bu kavramlar MİY başarıları için çok önemlidir, yani MİY yalnızca teknolojik bir çözüm olarak düşünülemez. İnsanlar ve süreçler MİY için önemli faktörler olduğundan, yönetim desteği bu projeleri için de önemli bir unsurdur. Etkili yönetim desteği olmadan insanları yönetmek ve değişim faktörlerini işlemek mümkün değildir.

Feinberg ve diğ. (2002)'e göre, MİY tüm iş faaliyetlerini müşterilerle birleştiren bir iş ve pazarlama stratejisidir. Böylece şirketler müşterilerine daha iyi hizmet verebilirler. Şirketler stratejilerini uygularken müşterilerinin ihtiyaçlarını çok hızlı, etkili ve verimli bir şekilde karşılamalıdır. MİY sadece bir uygulama değildir. Müşterilere büyük önem veren bir iş yapma stratejisidir.

MİY kavramı, çalışanların müşterilere karşı tutumlarını, şirketler arasında kullanılan süreçleri ve müşterilere herhangi bir şekilde temas eden tüm süreçleri içerir. Brown (2000), MİY'ni kuruluşların mevcut ve potansiyel müşterilerini anlamalarına, kontrol etmelerine ve yönetmelerine yardımcı olan bir iş stratejik yaklaşımı olarak ifade etmektedir. Ayrıca, Brown (2000), şirketlerin kendi işletmelerini müşteri merkezli davranışlarla daha iyi yönetmelerini destekleyen stratejik bir değişiklik olduğundan bahsetmiştir.

Baltzan, Philips ve Haag'ın (2006), MİY'ni, müşteri merkezli stratejiler oluşturmak ve müşterileri daha iyi tanımak isteyen şirketler için bir karar destek sistemi ve yaklaşımı olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Reid ve O'Brien (2005), MİY'ni, şirketlerin müşterilerin ihtiyaçlarını ve tercihlerini anlamaları ve bunlara cevap vermeleri için tüketicilere daha önce hiç olmadığı kadar anlamlı bağlantılar kurmalarına olanak tanıyan yeni ve gittikçe daha verimli hale gelen bir yol olduğunu ifade etmektedir.

Ayrıca MİY, küresel rekabet ve hızla değişen pazar ihtiyaçları nedeniyle kuruluşlar için giderek daha önemli hale gelmektedir. MİY stratejisi, yeni pazar koşullarında hayatta kalmak için önemlidir. Mendoza, Marius, Pérez ve Grimán'ın (2007) ifade ettiği gibi, şirketler bu stratejiyi, yeni pazar koşullarında hayatta kalmalarını sağlayacak ve müşterileriyle olan ilişkileri destekleyecek bir faktör olarak uygulamak istemektedirler.

MİY tanımlarını analiz etmek, onun evrim sürecini anlamak için önemlidir. Bununla birlikte, MİY, iş dünyasında önemli bir terim olan, hala farklı perspektiflere bağlı olarak çok açık bir tanıma sahip değildir.

Winer (2001), MİY'nin kötü tanımlandığını ve farklı insanlar için farklı şeyler anlamına geldiğini belirterek bu durumu vurgular. Bazıları için müşteri deneyimi odaklı bir iş süreci kümesi, diğerleri için kapsamlı bir müşteri tutma stratejisidir. MİY tanımına ilişkin bu farklı bakış açıları maalesef akademik literatürde bir belirsizlik olarak zemin kazanmıştır.

Literatür taraması sadece akademisyenlerin değil, aynı zamanda satıcıların, danışmanlık firmalarının ve şirketlerin kendi MİY tanımlarını oluşturduklarını göstermektedir. Bunlardan bazıları aşağıda listelenmiştir:

- Buttle (2004)'e göre, MİY dahili süreçleri, işlevleri ve harici ağları entegre ederek, hedeflenen müşterilere kârlı bir değer yaratmayı ve sunmayı amaçlayan temel bir iş stratejisidir. MİY'nin sadece bir veri tabanı pazarlaması olduğu düşüncesi doğru değildir. Ancak pazarlama amacıyla müşteri verilerinin geliştirilmesi ve kullanılmasıyla ilgilenen veri tabanı pazarlamasından çok daha geniş bir içeriği vardır. MİY, yalnızca yazılıma denk gelen bir BT(Bilişim Teknolojileri) sorunu değildir; daha çok insanları, süreçleri ve teknolojik uygulamaları içeren bir iş stratejisidir.
- Parvatiyar ve Sheth (2001)'e göre, değer sağlamada daha fazla verimlilik ve etkinlik elde etmek için entegrasyon veya pazarlama, satış vb. farklı organizasyon işlevlerini dahil ederek müşteri ve şirket için üstün değer yaratmayı amaçlayan kapsamlı bir strateji ve süreçtir. Stratejik tanım açısından CRM(Customer Relationship Management) kapsamlı bir stratejidir ve şirket ve müşteri için üstün değer yaratmak amacıyla seçkin müşterileri elde etmeyi, elde tutmayı ve ortak çalışmayı içeren süreçlerdir.
- Kim, Suh ve Hwang (2003)'e göre, iş süreçlerini ve teknolojileri birleştirerek müşteri etkileşimlerini yönetmek için yönetsel bir çabadır.
- Ling ve Yen (2001)'e göre, bir dizi süreç ve sistem aracılığıyla belirli müşterilerle uzun vadeli, kârlı bir ilişki kurmak için temel bir iş stratejisini tanımlayan bir kavramdır.
- Zablah ve ark. (2004)'e göre, müşteri ilişkileri portföyünü en üst düzeye çıkarmak ve bunu sürdürmeyi amaçlayan pazar istihbaratının geliştirilmesini içeren bir süreçtir.

Operasyonel tanımlar daha iyi müşteri ilişkileri sağlayan süreç ve teknolojilerle yakından ilişkili olan ilgili olarak, MİY'ni genellikle süreçle ilgili bir kavram olarak tanımlar. Reinartz ve ark. (2004), MİY'nin müşteri ilişkileri başlatma, bakım ve sonlandırmayı yönetmeyi amaçlayan sistematik bir süreç olduğunu belirtmektedir.

Bir MİY gurusu olarak bilinen Paul Greenberg, MİY tanımının yayıncılık ve iş stratejisi çerçeveleri olması gerektiğini ve bunun ana temasının ilişki ve paylaşılan

değer olduğunu belirtmektedir. Bu temaya dayanarak, Greenberg (2008) aşağıdaki MİY tanımlarını belirtmektedir:

- “MİY (2003), bir iş ortamında insan etkileşimlerini geliştirmek için tasarlanmış bir sistem ve teknoloji tarafından desteklenen bir felsefe ve iş stratejisidir.”
- “MİY (2008), insan etkileşimlerini iyileştirmek ve güvenilir ve şeffaf bir iş ortamında karşılıklı faydaya değer sağlamak için müşteriyi işbirliğine dayalı bir sohbete dahil etmek üzere tasarlanmış bir teknoloji platformu, iş kuralları ve süreçleri ile desteklenen bir felsefe ve iş stratejisidir. Bu, müşterinin görüşmeyi sahiplenmesine verdiği yanıtıdır.”

1.3. MİY'nin Ortaya Çıkma Süreci

MİY esasen müşteri merkezli kalite kavramına benzer özellikler göstermektedir. Nitekim günümüzde müşteriyle ilgili tek yönlü rol üstlenen tüketici görüşündense, çok yönlü görev edinen bir tüketici anlayışı daha çok varlığını göstermektedir (Onaran vd., 2013: 38). Kaynakların çoğunda, MİY'nin erken gelişimi veri tabanı pazarlamasının evrimi ile başlamaktadır. MİY ticari antik alanda bir iş pratiği olarak doğmuştur ve yazılım temelleri ilk binyıldan beri kullanılmaktadır. Erken Mezopotamyalılardan başlayarak, ilk tüccarlar hangi ürünlerin hangi müşterilere, hangi miktarlarda ve ne zaman satıldığını takip etmek için kil tabletleri iş kayıtları olarak kullandılar (<http://www.salesboom.com/>).

Cespedes ve Smith (1993), 1980'leri, veri tabanı pazarlamasının evriminin gerçek başlangıcı olduğunu belirtmiştir. Bu zamanlarda şirketler, müşteri bilgileri ile ilgili veri tabanları oluşturmuşlar ve iletişim, hizmet ve ürün uyarlama için değerli bir araç olan veri tabanı bilgilerinin izlenmesinin önemini fark etmişlerdir.

1990'lar, MİY'ni bir bilgi aracı ve/veya bir kişinin yönetiminden fazlası anlamına geldiği yıllardır; iki yönlü müşteri odaklı strateji ile geliştirilmiş müşteri deneyimleri ve verimli otomatik süreçler olarak ifade edilmiştir (<http://www.salesboom.com/>).

Chakravorti (2006)'ya göre, kısa sürede, veri tabanı bilgilerinin dinamik kullanımı ve büyük ölçekli internet teknolojisi kullanımıyla kolaylaştırılan

endüstriler arasında daha gelişmiş çözümler ortaya çıkmıştır. Teknolojik programlarda artan akışkanlığın ve ilişki pazarlamasının genişlemesinin etkisiyle, 20. yüzyılın yarısından sonra radikal değişiklikler MİY'ni bugünkü haline getirmeye başlamıştır.

Buttle (2004), MİY' nin yapı taşlarının 1970'lere dayanan çağrı merkezleri, satış gücü otomasyon sistemleri ve müşteri bilgi dosyaları gibi bir dizi bağımsız teknolojiden evrimleştiğini belirtmektedir. 1980'lerde, bazı kuruluşlar bu farklı teknolojilerin bazılarını birleştirmeye çalıştı ve MİY'nin yüzü dramatik bir şekilde değişmeye başlamıştır. Veri tabanları, müşterilerin temel kaydı yerine pazarlama bilgisi olarak görüldü; müşteriler şirketin tüm müşteri odaklı operasyonlarında tek bir varlık olarak görülmeye başlanmıştır. Artan müşteri beklentileri ile kuruluşlar, başarı için müşteriye merkezi bir bakış açısına ve müşterinin değerinin anlaşılmasına ihtiyaç duyulduğunu fark etmişlerdir.

Müşteri ilişkileri ve bu ilişkilerin yönetimi, rekabetçi ve küresel ortamda her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. İnternet ve yeni teknolojilerin geliştirilmesi ile gerekli bilgiler kolayca elde edilebilir. İş yapma teknikleri bundan etkilenir. Müşteriler, dünyanın her yerinden internet üzerinden gerekli ürün veya hizmetleri toplayabilir. Bu bakış açısıyla, rekabetin ve MİY uygulamalarının önemi ortadadır (Kotorov 2003).

Modern anlamda MİY veritabanı pazarlamasına dayanmaktadır. Veritabanı pazarlaması, müşteri ilişkisini tüm şirket müşterileri ile birebir ilişki kuracak ve müşteriye elde etmek ve hedeflemek için ilgili bilgileri kullanacak şekilde yapılandırmaktadır (Cespedes, Smith 1993). Veritabanı pazarlama uygulamalarında, toplanması gereken müşteri bilgileri şunlardır: müşterilerin düzenli olarak satın aldığı ürünler, harcanan para miktarı ve yaptıkları faaliyetler. Veritabanı pazarlaması, özellikle çok sayıda müşteriye sahip şirketler için onlarla iletişim kurmak ve onlar için özel hizmetler sunmak için bir araçtır.

Bilgi teknolojileri MİY kavramının gelişmesine yardımcı olmuştur. Holland ve Naude (2004) bilgi teknolojisinin pazarlama alanını tamamen etkilediğini ve pazarlama teorisini kavramsallaştırarak müşteri deneyimini ve şirket kârlılığını artırmayı amaçlayan bir bilgi haline getirdiğini açıklamaktadır. Holland ve Naude

(2004) MİY kavramının, bilgi teknolojileri ile güçlendirilmiş ilişkisel pazarlama ilkeleri ile oluşturulduğunu ifade etmektedir.

MİY'ninin gelişimini tam olarak anlamak için ilişki pazarlama teorisindeki (Relation Managent) paradigma açıklanmalıdır. Payne and Frow (2005), belirli bir işletmenin müşterileri tarafından RM açısından sürekli bir ilişki içinde tanımlanması gerektiğini göstermektedir. Payne and Frow (2006), uzun vadede başarılı bir stratejiyi sürdürmek için firmaların müşterileri ile konuşma ve öğrenme bilgisine dayanan iyi bir ilişki kurmaları gerektiğini belirtmektedir. Bu algı günümüz içinde hala geçerlidir.

Müşteri görüşünün işletme genelinde birleştirilmesi, müşteri iletişim kanallarının tüm iletişim ortamlarında müşterinin tek bir görünümünde birleştirildiği çok kanallı bir MİY oluşturulmasındaki amaç, geliştirilmiş bir müşteri deneyimi yerine tek bir müşteri görüşüne sahip olmaktır. Bu amacın vurgusu, operasyonel düzeydeki MİY'nin etkili bir şekilde konuşlandırılmasına bağlıdır. Ancak, vurgu daha sonra müşterinin değerini anlamaya doğru kaymıştır. Bu nedenle, müşteri ile olan her etkileşimin değeri önemli olmaya başlamıştır. Operasyonel MİY araçları bu konuya cevap vermek için yeterli olmadığından, sofistike analitik araçlar ortaya çıkmıştır; analitik MİY; web teknolojileri ve daha geniş MİY anlayışında önemli bir rol oynamıştır.

“İşlem odaklı pazarlamadan”, “İlişkisel odaklı pazarlamaya” geçişin MİY'nin gelişim sürecine farklı kavramlar getirdiği söylenebilir. Birçok endüstride telekomünikasyon teknolojilerinin gelişimi, ilişki pazarlamasının artan popülaritesi, hizmet ekonomisinin büyümesi, toplam kalite yönetiminin artan önemi, dijital teknolojinin ve karmaşık ürünlerin ortaya çıkışı vb. ilerlemeler MİY gelişim sürecinin önemli itici güçleri olmuştur (Yağcı, 2006: 51).

1.4. Müşteri İlişkileri Yönetiminin İşletmeye Katkıları

Richards ve Jones (2008) şirketler üzerindeki MİY etkilerini analiz etmişlerdir. Bunları, karlı müşteriler, satış çabaları, gelişmiş fiyatlandırma, kişiselleştirme, müşteri hizmetleri etkileri ve finansal faydalar hedeflenerek gruplara ayırmışlardır. MİY stratejilerinin ilk adımı olan karlı müşterileri hedefleme konusunda firmaların daha doğru hedefleme yapmalarını sağlar. Firmalar MİY

aracılığıyla müşterilerin maliyetlerini müşteri yaşam boyu değerleriyle karşılaştırabilir. MİY, satış çabalarının etkinliğini ve verimliliğini artırabilir. Satış ekibi müşterilerle uzun vadeli ve karlı ilişkiler kurabilir. Etkili bilgi paylaşımının müşteri sadakatini olumlu etkilediği unutulmamalıdır. Gelişmiş fiyatlandırma ile ilgili olarak MİY, her müşterinin maliyetini daha doğru bir şekilde belirlemeyi mümkün kılar. Ayrıca, müşteri taleplerinin daha iyi anlaşılması daha doğru kararlar alınmasını kolaylaştırır (Yerebakan, 2000).

Ürün ve hizmetlerin özelleştirmesi ile ilgili olarak, Peppers ve Rogers (1993), birebir pazarlama kavramı kapsamında müşterileri son derece memnun etmek için etkileşimli süreçte müşterilerin ilgili teknolojilerle öğrenme ilişkilerini entegre etmeyi önermektedir. Buna göre ürün ve hizmet özelleştirmesi yapmak gereklidir. MİY uygulamaları bu nedenle firmaların ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarını, bilgiyi daha iyi yönetmelerini ve çevreye doğru cevap vermelerini sağlar.

Müşteri hizmetleri, müşteri ilişkilerinin gelişimi için önemli bir kaynaktır. MİY uygulamaları, firmaların daha doğru bir şekilde bilgi kalitesini artırarak hizmetlerinin etkinliğini artırmalarını sağlar. Etkinliği arttırmak, maliyetleri düşürmek, kârlılık, artan gelir ve satışlar, MİY'nin finansal faydalarından bazılarıdır. Etkililik, istenen bir sonucu üretme yeteneğidir. MİY, süreç otomasyonlarını ister ve harcanan zamanı ve ilgili maliyetleri azaltır. Ayrıca, kaynakların doğru müşterilere tahsisi, daha iyi kaynak tahsisi ve müşteri memnuniyeti sağlanmaktadır. Ayrıca, azalan maliyetlerin arkasındaki temel sebep, müşteriyi elde tutmanın maliyetler açısından yeni müşteriler kazanmaktan daha avantajlı olmasıdır. Buna ek olarak, teknoloji desteği, maliyetleri ve zaman tüketimini azaltan süreç otomasyonu sağlamaktadır. Müşteri bilgilerinin etkin kullanımı sayesinde müşteri iletişim maliyetleri azalmaktadır. Ayrıca, kârlı müşterilere odaklanmak, hakların ve değerli müşterilerin korunması, etkinlik artışı ve maliyet düşüşü yaratır, bu da karlılığı etkiler. MİY'nin artan gelir ve satış faydaları ile ilgili olarak çapraz satış, ileri satış, yeni ürün geliştirmeleri vb. MİY'nin etkisiyle uzun vadede gelir ve satışları artıracaktır (Aktepe 2009: 31).

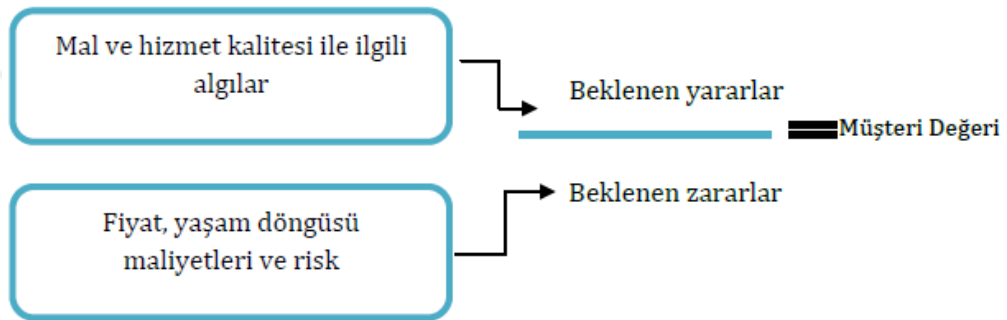
1.5. Müşteri İlişkileri Yönetiminin Kapsamı

MİY'nin içeriğinde özellikle müşterilerle ilgili olarak müşteri değeri, müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati ve müşteriye elde tutma hususlarından bahsetmek gerekir.

1.5.1. Müşteri Değeri

Müşteri değerinin sağlanması, ulaşılmak istenen hedeflenen kitlenin talebine kısa vadeli çözümlerle yaşamak değil, daha çok pazara odaklı bir yaklaşım göstererek, bu beklentilere uzun vadede yarar sağlayacak ve yenilikçi bir anlayışla fayda sağlamaktadır. Böylelikle, süreklilik işletmeye bağlı müşterinin devamıyla gerçekleşmiş olacaktır (Savaşçı, Günay 2008: 255).

Kotler ve Keller (2009)'a göre, müşteri değerini anlamak başarı için önemli bir anahtardır. Müşteri değeri, müşterinin bir hizmet veya üründen maliyetine göre elde edeceği fayda miktarı olarak tanımlanır MİY, müşterilere daha fazla değer sunmak için kullanılabilir en iyi araçlardan biridir.



Şekil 1.1. Müşteri değerini oluşturan unsurlar (Acuner 2001: 48).

Yukarıdaki şekilden anlaşılacağı gibi, satın almadan önce maliyet, yaşam döngüsü masrafları ve risk satın alma sonrasında ise, ürünlerin ya da hizmetlerin kalitesiyle ilgili kavramlardır. Dolayısıyla müşteri, kendi isteklerini beklentilerini en iyi karşılayacak olan ürün veya hizmetleri almayı tercih etmektedir.

1.5.2. Müşteri Memnuniyeti (Tatmini)

Müşteri tatmini kavramı, işletmenin başarılı olabilmesi için önemli görülmesi gereken kavramlardan biridir. Dolayısıyla müşteri tatminini kişinin satın almış

olduğu ürün veya hizmetten elde etmiş olduğu hissiyat ve kendi beklentileri arasındaki uyum olarak ifade etmek mümkündür (Aktepe 2009: 45). Ticaretin başlangıcı kadar eski olan müşteri memnuniyeti ilk kez 1980'lerde farkındalık yaratarak gündemde olmuştur. Küreselleşme ve artan rekabet ile müşteri memnuniyeti kavramının önemi günümüzde artmıştır. Müşteri memnuniyeti kavramının ayrıntılı açıklamasında; Müşteri memnuniyeti, iş hayatında uzun vadeli başarı için vazgeçilmez bir koşuldur. Bu konuda birçok araştırma yapılmıştır. Müşteri memnuniyeti, müşteri algısı bağlamında ihtiyaç, amaç ve isteklerin karşılanması olarak tanımlanabilir (Franco 2009).

Müşterinin tatmin olması, müşterinin beklenti ve gereksinimleriyle ilgilidir. Örgütler açısından ise müşterinin beklentisinin doğru tespit edilmesi, isteklerin doğru analiz edilmesi gerekmektedir. Müşteri beklentisi algısından çok olursa tatminsizlik, müşteri beklentisi algısına eşit olursa tepkisizlik, müşteri beklentisinin algısından az olması durumunda ise tatmin gelişmektedir. Bu durumun şematik gösterimi şu şekilde ifade edilebilir.

B :Beklenti

A : Algı

$B > A$: Tatminsizlik

$B = A$: Tepkisizlik

$B < A$: Tatmin

Müşteri ilişkileri yönetimi, hizmet sektöründeki yöneticiler için en önemli önceliklerden biridir. Bankacılık sektöründe yüksek rekabetin bir sonucu olarak, müşteri memnuniyeti hayati önem taşımaktadır (Sweeney, Swait 2008).

Michigan Üniversitesi'nden Claes Fornell (2009)'daki araştırmasında; Müşteri kaliteyi algılayarsa, bu durum müşteri memnuniyeti ile ortaya çıkar. Müşteri memnuniyeti gelir artışı demektir. Bu bağlamda, müşteri memnuniyetinin şirkete ekonomik katma değer sağlama işlevine sahip olduğu söylenebilir.

Müşteri tatminini etkileyen faktörlerin şematik gösterimi aşağıdaki şekilde sunulmuştur.

İnsan Faktörleri:

- Tepki
- Hizmet
- Taahhüt
- Bağlılık
- Oryantasyon
- Tutum
- Şikayet Yön. Sis.
- Müşteri Önemi

Ürün Faktörleri:

- Performans
- Teknoloji
- Etkinlik
- Bakım gerekliliği
- Yaşam süresi
- Fiyat
- Kalite
- Tutum
- Sorunsuz çalışma
- Müşteri dostu özellikler

Şekil 1.2. Müşteri tatminini etkileyen faktörler (Çiçek 2017).

Buttle (2004)'e göre, müşteri memnuniyeti, bir şirket tarafından sağlanan ürün ve hizmetlerin müşteri beklentilerini nasıl karşıladığını gösterir. MİY, müşterileri ve ihtiyaçlarını daha iyi tanımayı ve onları karşılamayı hedeflediğinden, MİY'nin doğru uygulanmasıyla müşteri memnuniyet oranları artar.

Nguyen ve Mutum (2012)'de, işletmelerin sürdürülebilir bir ilişki geliştirerek ve müşteri ve işletmeler arasında müşteri memnuniyetini koruyarak ikili değer yaratarak karlılığı artırabileceğini belirtmektedir.

Müşteri memnuniyetini sağlamak için MİY stratejileri müşterilere göre tasarlanmalıdır. Pantazopoulos (2006)'ya göre MİY, bir kuruluşun son müşterileri, ortakları veya tedarikçileri içeren her türlü müşteriyle ilişkilerini en üst düzeye çıkarmak için İnsanları, Süreçleri ve Teknolojiyi entegre eden bir iş yaklaşımıdır. Pantazopoulos ayrıca şirketlerin bugünün rekabetçi ortamında başarıya ulaşmak için MİY'ni düşünmesi gerektiğini söylemektedir.

1.5.3.Müşteri Sadakati

Önemli pazarlama konularından biri olan müşteri sadakati, satın almada davranışsal sadakat ile ilgili olabilir; tutumsal sadakat, tedarikçi için güçlü tercih ve bağlılık yaratan müşterilerin tutumları ile ilgilidir. Thomas ve Sullivan (2005) Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin müşteri sadakatine ulaşmak için uygun müşteri

ihtiyaçları eşleşmelerini seçerek bir şirketin karlılığını artırmak için önemli bir araç haline geldiğini belirtmektedir.

Müşteri İlişkileri Yönetimi ve bunun sadakatle bağlantısı üzerine tartışmalar pazarlamada çok yaygın kavramlardır. Payne vd. (2009), sadakat ve sürdürülebilir ilişkilerin şirketler ve müşteriler arasındaki ilişkinin modern anlayışında ana konu olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, şirketler tüketicilerin özel ihtiyaçları hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilir ve firmalar müşterilerin ihtiyaçlarına en uygun ürünü seçmek için faydalı veriler elde edebilirler.

Buttle (2004)'e göre, MİY, müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini artırarak iş performansını iyileştirir. Şirketler müşterilerini daha iyi anladıkça ve müşterileri için daha iyi değer önerileri oluşturabilir ve bu şekilde müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati artar.

Zablah ve ark. (2004)'e göre, sadakat ve iş performansı arasındaki bağlantı hakkında birçok çalışma vardır. MİY, sadakat elde etmenin en etkili yolunun müşterilerle uzun vadeli ilişkiler kurmak ve sürdürmek olduğu fikrini ifade etmektedir. Müşteri sadakati ile kurumsal karlılık arasında güçlü bir bağ mevcuttur.

Verhoef (2003)'de müşteri memnuniyeti ile sadakat arasında pozitif bir ilişki olabileceğini belirtmektedir. Memnun olmayan müşteriler alternatif firmalar ararken, memnun müşterilerin şirket ile bağlantılarını sürdürme olasılıkları daha yüksektir. Sonuç olarak, müşteri memnuniyetini izlemek, müşteri ilişkilerini ölçmek için geleneksel bir araçtır. Müşteri memnuniyetinin ve müşterinin ürün veya hizmetlerle ilgili görüşlerinin izlenmesi MİY için etkili bir araç olabilir.

1.5.4.Müşteriyi Elde Tutma

MİY, yeni müşterinin kazanılmasının yanı sıra mevcut müşterinin muhafaza edilmesine yönelik bir yaklaşımdır. Günden güne değişen müşteri profilleri günümüzde daha özgür, katılımcı, değerli ve beğenmesi zor bir hale gelmiştir. Değişen şartlarda müşteriyi elde tutmakta yalnızca hizmetin kalitesi veya ürünün kalitesi tek başına yeterli olmayacaktır. Nitekim yeni bir müşteri kazanma, eldeki müşteri muhafaza etmekten çok daha maliyetlidir. Dolayısıyla işletme açısından müşteri sadakatinin artırılması ve müşterinin elde tutulması son derece önemlidir (Kurtuldu, 2009: 109).

Buttle, (2004)'e göre, müşteriye elde tutmak MİY'nin önemli avantajlarından biridir. Müşteri elde tutmak pazarlama maliyetleri ve güvenli kar akışları sağlayan iki temel fayda sağlamaktadır. Ayrıca, müşteri elde tutma oranının yüksek olması, müşteri tabanının boyutunu artırır. Hizmet süresi arttıkça tedarikçiler müşteri gereksinimlerini daha iyi anlar ve karlı bir şekilde karşılar. Zamanla ilişkiler derinleşir; güven ve bağlılık artar ve bu da kar akışlarını güvence altına almaktadır. Bu denli önemli olan müşterili ilişkilerinin korunması, işletme açısından son derece büyük öneme sahiptir (Özdağoğlu vd., 2008: 370). Nitekim işletmelerin müşteri değer profilini görmesinin ardından, müşterilerine yüksek bir değer sunmaya önem verdikleri görülmektedir (Baran, Galka 2013: 230).

1.6.Müşteri İlişkileri Yönetiminin Bileşenleri

MİY sürecinin yapı taşlarının oluşmasında, insan, süreç ve teknoloji gibi faktörlerin yer aldığını söylemek mümkündür. Müşterinin beklentisini anlayıp standart uygulama yerine uygun çözüm üretmek insan faktörünü, müşteri isteklerinin müşteri odaklı olarak hızlı şekilde yenilenmesi, süreç faktörünü ve müşterinin her türlü temas noktasında bilgilerinin takip edilmesi, farklı müşterilere daha pratik ve hızlı çözümler sunulması ise teknoloji faktörü olarak ifade edilebilir (Ünver 2010: 47).

Buttle (2004) MİY bileşenleri olarak, şirketler için etkili ilişki kurma ve ilişki sürdürme için gerekli öğeler olarak ifade etmektedir. Bu bileşenler süreç, teknoloji, organizasyonel uyum ve organizasyonel kültürdür. Bu bileşenlerin literatürde kavramsallaştırılması ve modellenmesi konusunda da farklı bakış açıları vardır. Bu modeller ayrıntılı olarak açıklanmayacaktır; daha ziyade bileşenlerin önemi belirtilecektir. Ayrıca, her bir bileşenin öneminin yanı sıra, bunların doğru entegrasyonunun MİY girişiminin başarısı için hayati bir önem arz ettiği belirtilmelidir.

1.6.1. Süreç

Leigh ve Tanner (2004) MİY süreçlerini iki bölüm halinde analiz etmişlerdir; analitik süreçler ve operasyonel süreçler. Modelde şirketin başarısının güçlü bir şekilde doğru müşterilerin tanımlanmasına, doğru stratejinin geliştirilmesine, doğru organizasyon yapısının oluşturulmasına, doğru kanalların kullanılmasına, doğru

insanlarla birlikte çalışılmasına ve doğru ödül sistemlerinin oluşturulmasına bağlı olduğunu vurgulamaktadır.

Payne ve Frow (2005) başka bir model geliştirmiştir. MİY sürecini strateji geliştirme, değer yaratma, çok kanallı bütünleşme, bilgi yönetimi ve performans değerlendirme süreçleri olarak tanımlamışlardır.

Zablah ve diğ. (2004)'e göre, MİY için bilgi yönetimi sürecine büyük önem veren modeller de vardır. MİY, firmaların müşteri ilişkilerini kurmak ve sürdürmek için piyasa istihbaratının oluşturulmasıyla ilgilenmektedir. Bu nedenle, zekayı yaratan bu faaliyetleri dikkate almak doğru süreçlerle kullanmak gerektiğini belirtmişlerdir.

Parvatiyar ve Sheth (2001), MİY oluşturma sürecinin alt süreçlerini içeren dört aşamalı bir süreç çerçevesi geliştirmektedir; bunlar ilişki yönetimi ve yönetişim süreci, ilişki performans değerlendirme süreci ve MİY gelişim veya geliştirme süreçleridir.

Winer (2001) başka bir bakış açısıyla, temel işlem bileşenlerini içeren başka bir model sunmaktadır. Müşteri veri tabanı oluşturma, veri tabanı analizleri, analizler, hangi müşterilerin hedefleneceğine dair kararlar, müşterileri hedefleme araçları, hedeflenen müşterilerle ilişkilerin nasıl oluşturulacağı, gizlilik sorunları ve MİY programının başarısını anlamak için ölçümler ilgili bileşenlerdir.

Dwyer (2008) MİY süreçleri için dört adımdan bahsetmiştir:

-Pazarı Segmentlere Ayırmak

Temel amaç, benzer müşterileri birlikte gruplandırmak ve pazarlamacılar tarafından bir segment oluşturmaktır.

-İletişim Stratejisi Tasarlamak;

Strateji, doğrudan posta, e-posta, reklam, fuarlar, saha satış çabaları ve hatta bu günlerde sosyal medya. yazdırma gibi birden fazla iletişim kanalını içerir.

-Uygulama

Üçüncü adım, stratejiyi uygulamaktır.

- Değerlendirme yapma;

Bir pazarlama kampanyasının değerlendirilmesi, çeşitli gözlem ve stratejileri içerir. Bu verilere dayanarak, kampanyalar ve müşteri memnuniyeti gibi diğer performans ölçütleri ve stratejiler değiştirilebilir.

1.6.2. Teknoloji

Öztayşi (2002)'e göre teknoloji, MİY'nin geliştirilmesinde önemli bir faktördür. Özellikle bilgi teknolojisindeki gelişmeler, özel MİY uygulamalarının ve bu uygulamalara ek işlevlerin geliştirilmesine neden olmuştur. Teknoloji ilerlemesinin etkisiyle pazarlama otomasyonu, satış gücü otomasyonu, müşteri hizmetleri, analitik MİY ve MİY genişletme ve destekleme sistemleri en bilinen uygulamalar ve işlevler olarak ortaya çıkmıştır.

MİY'nin ana unsuru, müşteri ilişkileri karını hedefleyen ileri teknoloji uygulamalarıdır. Wong (2003), bilgi erişim teknolojilerinin MİY'nde veritabanı erişimini, analitik güçleri ve şirketlerin müşterilere karşı iletişim kapasitesini ifade etmiştir. Şirketlerin çoğu, müşteri odaklı yaklaşım için gerekli kurumsal kapasiteyi oluşturmak için teknolojiler satın almaktadır.

Messner (2005)'e göre MİY'deki ilerlemeyi yönlendiren iki alan vardır. Birincisi pazarlamadır. Pazarlamanın odak noktası, işlem pazarlamasından ilişki pazarlamasına dönüşmüştür. İkincisi teknolojidir. Teknolojideki ilerlemeler, bilgi yönetimini dönüştürmeyi mümkün kılmıştır(Messner 2005).

Başarılı MİY uygulamaları için teknoloji gereklidir, ancak bu yeterli değildir. Teknoloji olarak MİY, bilgi sistemleri ve analitik araçların kurulumuyla müşteri karlılığını sağlamaya çalışır. Bu sistemin temel amacı, tüm müşteri temas noktalarından işlem bilgisi elde etmek ve analitik teknikleri kullanarak mevcut müşterilerin ve gelecekteki eğilimlerin değerini belirlemektir (Xeveloankis 2005).

İşletmelerin MİY stratejileri, Finnegen ve Currie'nin (2010) belirttiği gibi,

- Müşterilere ilişkin verileri toplama ve analiz etme,
- Müşteri davranışlarını yorumlama,
- Öngörülü modeller geliştirme,

- Zamanında yanıt verme yetenekleriyle teknolojik yeniliklerden tam olarak yararlanma,
- Özelleştirilmiş iletişim,
- Bireysel müşterilere ürün ve hizmet değeri sunmak,

Teknoloji tabanlı pazarlama olarak da bilinen pazarlama otomasyonu ile ilgili olarak, müşteri tabanlı pazarlama faaliyetlerini yönetmek için MİY entegre bir sistemdir denilmektedir ve; müşteri veri tabanı, pazarlama içerik yönetimi, kampanya yönetimi, pazar bölümlenme, fırsat yönetimi, tahminler ve planlama, potansiyel müşteri yönetimi ve olaya dayalı pazarlama gibi unsurlardan oluşmaktadır. Satış gücü otomasyonu; müşteri veri tabanı, satış yönetimi, ürün ve hizmet yapılandırma sistemleri, teklif hazırlama sistemleri, sipariş alım yönetim sistemleri, satış analizi, saha satış otomasyonu, tele satış otomasyonu ve işbirlikçi web satışlarını içermektedir. Müşteri hizmetleri ile ilgili olarak, problem çözme sistemleri, çağrı merkezleri, web tabanlı müşteri hizmetleri ve saha müşteri hizmetleri otomasyonundan oluşmaktadır. MİY genişletme ve destekleme sistemleri, e-MİY, arka ofis sistemleri entegrasyonu, iş akışı süreç yönetimi, zaman yönetimi ve özelleştirme sistemlerini kapsamaktadır.

Sonuç olarak, MİY stratejisini geliştirmek için müşteri ile ilgili fonksiyonlar ve arka ofis ile ilişkili fonksiyonlar arasında bağlantı kurulmasında ve gerekli müşteri bilgilerinin alınmasında teknolojinin çok önemli bir rolü vardır.

1.6.3.Organizasyonel Uyum ve Organizasyonel Kültür

Roberts ve ark. (2005)'e göre, MİY başarısının temel bileşenlerinden biri, kurumsal uyumdur. Bir işletmenin en iyi şekilde çalışması için örgütsel uyuma sahip olması gerekir ve bir MİY süreci ilgili uyumu oluşturmak için kuruluş aşamasında değişiklikler gerektirmektedir. Tüm organizasyonun müşteri odaklı, etkin ve verimli operasyonlar için yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Yeniden uyum, kültürde veya süreç ve organizasyon yapılarında değişiklikler gerektirebilir.

Batenburg ve Versendaal (2004), bir kuruluşun MİY performansının strateji, izleme ve kontrol, organizasyon ve süreçler, çalışanlar ve kültür gibi faktörlerden olumlu etkilendiğini belirtmişlerdir.

Ocker ve Mudambi (2003)'te uyum konusuyla ilgili başka bir model geliştirmiştir. Bu modelde entelektüel, sosyal ve teknolojik olan uyumun üç boyutundan bahsedilmiştir. Her boyut üç tamamlayıcı kategoriden oluşur. Entelektüel boyut; strateji, yapı ve planlama kategorilerini içerir. Benzer şekilde sosyal boyut; kültür kategorilerini, paydaş etkileşimlerini ve alan bilgisi içerir. Son olarak, teknolojik boyut MİY uygulaması, BT yeteneği ve bilgi yönetimi kategorilerinden oluşmaktadır.

Reiny ve Buttle (2006)'ya göre örgüt kültürü, üst yönetim taahhüdü ve insanların MİY girişimini destekleme istekliliğiyle beraber arzu edilen sonuçların elde edilmesini etkileyen hayati bir faktördür. Örgütsel kültürün örgütsel veya iş performansı, bilgi teknolojisi uygulama sonuçları ve pazarlama etkinliği gibi örgütsel etkililik değişkenleri ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir.

Iriana ve Buttle (2008)'de, müşteri odaklı davranışların, performansa dayalı ödüllerin, değişime uyum sağlayan daha yüksek risk alan ve yeniliğe daha fazla önem veren organizasyon kültürünün başarılı MİY sistemi uygulamalarına katkıda bulunacağı ifade edilmiştir.

1.7.Müşteri İlişkileri Yönetimi Gelişim Sürecinin Aşamaları

MİY gelişim sürecinin aşamalarını dört grupta incelemek mümkündür. Birincisi müşteri seçimi, ikincisi müşteri kazanımı, üçüncüsü müşteri koruması ve dördüncüsü müşteri derinleşmesidir. Bu aşamalar aşağıda belirtilmiştir.

1.7.1.Müşteri Seçimi

Müşteri seçim aşaması “İş için en karlı müşteriler kimler?” sorunun cevaplandığı bir aşamadır. MİY'nin temeli, müşterilere farklı ve özel davranabilmektir. İşletmelerin yapması gereken ilk şey müşterilerinin kim olduğunu tanımlamaktır (Peppers vd., 1997: 152).

Müşteriyi iş için değerli kılacak unsurlar hakkında bilgi edinmek uzun ve sistematik bir çalışma gerektirir. Müşteriyi bu seviyede tanıdıktan sonraki adımlar uzun vadede değer katan müşterileri ayırt etmek ve ürünleri bu grupların beklentilerine göre şekillendirmektir. Sonuç, iş için büyük bir rekabet gücü ve artan karlılık olacaktır.

1.7.2.Müşteri Kazanma

Müşteri kazanma aşaması, işletmenin “Belirli bir müşteriye en etkili şekilde nasıl satış yapılabileceği ”sorusunun cevabının arandığı aşamadır. Yeni müşteriler edinmek, tutulan müşterileri korumaktan çok daha zor ve maliyetlidir. Çalışmalar, sektöre göre farklılıklar olmasına rağmen, müşteri edinme maliyetlerinin müşteri koruma maliyetlerinden beş ila on kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (Gummesson 2002: 234).

1.7.3.Müşteri Koruma

Müşteri koruma aşamasında, işletmeler herhangi bir müşteriye ne kadar elinde tutabileceği sorusuna bir cevap arar. Özellikle müşterilerin birçok seçeneği olduğunda, günümüzün rekabetçi koşullarında, müşterileri mutlu ve işletmeye bağlı kılmak kolay değildir. Böyle bir ortamda, müşteriye işletmeye bağlamak için en uygun yol müşteri hizmetlerini optimize etmektir. Çünkü birçok ürün ve hizmeti aynı fiyata bulmak mümkündür. Ancak, müşteri hizmetlerindeki fark müşteri için bağlayıcıdır. İşletmeyle ilişki kurmak müşteri için bir yatırımdır. Uygulanan müşteri koruma programlarının başarısı, verilen hizmetin kalitesine bağlı olmaktadır (Howard vd., 2000: 6).

1.7.4. Müşteri Derinleştirme

Müşteriyle etkileşim süreci olarak da ifade edilen bu adım; Müşterilerin ihtiyaçlarını, değerlerini, önceliklerini ve ilgi alanlarını sürekli olarak öğrenmek şartıyla müşterilerle etkileşim fırsatlarının yaratılmasıdır. Buradaki etkileşim, müşteri ile ikili bir iletişim kurulması anlamına gelmektedir. Müşteriden bazı özel bilgilerin elde edilmesi, müşteri ile işletme arasında kurulan resmi ilişkilerden yalnızca bir adım öteye gidilerek mümkündür. Elde edilen özel bilgilerin işletmelerin rekabet avantajı açısından çok önemli bir yönü vardır. İşletmeler, rakiplerin özel bilgilerle düşünemeyeceği benzersiz ürünler geliştirebilir. Benzersizliği ile müşterinin fiyat karşılaştırma eğilimi ortadan kalkar ve işletmelerin en büyük sorunlarından biri olan kârsız satış sorunu çözülür. Müşteri ile olan ilişki sürekli bir öğrenme ilişkisi olduğunda, rakiplerin iş ile rekabet etmesi zor olabilir (Barnes, 2000: 153).

1.8. Müşteri İlişkileri Yönetiminin Riskleri

Birçok projede olduğu gibi MİY için de riskler vardır. Bu riskleri, özellikle çok fazla kaynak tüketen ve uzun vadeli getiri sağlayan MİY projelerinde iyi anlamak önemlidir. Aşağıda MİY'nin başarılı bir şekilde uygulanmasına engel olabilecek riskler sıralanmıştır (Elbaşıoğlu 2001: 29-31)

- MİY projelerinin büyük yatırımlar gerektirmesi
- MİY'nin çalışanlar tarafından kabul edilmiyor olması
- Veri tabanına müdahale nedeniyle işlerin kesilmesi riski
- MİY oluştururken eski ve dağınık bilgi kaynaklarından alınan düşük bilgi kalitesi
- Müşteriye özel uygulamaların piyasaya nasıl yansıdığı
- Düşük düzeyde desteklenen MİY sistemleri

1.9. MİY'nin Kitlesele Pazarlamayla Karşılaştırılması

Müşteri İlişkileri Yönetimi tarafından tanımlanan müşteri ve geleneksel müşteri tanımı farklıdır. Geleneksel pazarlamada müşteri, pazarlama faaliyetlerinin temel hedefi olarak görülmektedir. Ancak ilişki, müşteri ilişkileri yönetiminde bir süreçtir. Zaman zaman bir ürün ,hizmet veya bilgi alışverişi vardır, ve her zaman bu alışverişleri kapsayacak bir ilişki de mevcuttur. Müşteri sadece alışveriş yaparken değil, karşı tarafın yardımını ve desteğini daima hissetmelidir. Bu nedenle, bir ilişki kurulduktan sonra müşteriler her zaman müşteridir ve alışveriş yapıp yapmadığına bakılmaksızın ilişki bir şekilde sürdürülmelidir (Grönroos 2000: 34).

Geleneksel pazarlamada, müşterilerin tanımlanmadığı kitlesele pazarlar vardır. Amaç, müşterinin rakip markalar arasından birini seçmesini sağlamaktır. Bu yapıda pazarlamacının ve müşterinin talepleri birbirinden bağımsızdır. Başlangıç noktası, müşterinin ürünü satın almak istememesi ve müşterinin malları veya hizmeti almaya ikna edilmesi gerektiğidir. Aksine MİY, tedarikçi veya hizmet sağlayıcı ve müşteri arasındaki iletişime dayanır ve müşterinin aradığı değeri yaratmak için işbirliği gereklidir. Müşteri, iş ile iletişim kuran ve kendi ihtiyaçlarını karşılamak ve sorunlarını çözmek için çözümler üreten bir kaynak olarak ele alınır (Grönroos 2000: 26).

Her ne kadar tüketicileri cezbetme yöntemlerini kullanarak konuyla ilgili geleneksel pazarlama stratejisi anlayışı olsa da, modern pazarlamacılar tarafından müşteri ve şirket arasındaki ilişkilerin dinamiklerini kavrayabilmek için farklılaşma stratejisi kullanılmıştır. Nguyen and Mutum (2012)'de çeşitli şekillerde ve yöntemlerde alıcı-satıcı etkileşimli ilişkiler oluşturmak için, bonus ve sadakat programları, dinamik fiyatlandırma, hizmet kalitesi programları, değer teklifleri ve anlaşmaları, sosyal medya web siteleri oluşturulmuştur.

1.10.Müşteri İlişkileri Yönetiminde Amaç

Goodhue ve ark. (2002)'de MİY'ni tanımlarken doğrudan bir kuruluşun, bir çağrı merkezi, satış temsilcisi, distribütör, mağaza, şube, Web veya e-posta gibi bir veya daha fazla temas noktası aracılığıyla müşteri edinme, elde tutma veya çapraz satış yapma amacı ile müşteriler, tedarikçiler veya potansiyel müşterilerle etkileşimleri optimize etmesine yardımcı olmak için tasarlanmış herhangi bir uygulama veya girişimdir.

Müşteri İlişkileri Yönetimi uygulamaları maliyetli bir girişimdir ve şirketlerin başarılarını ölçmenin tek yolu bunu uygulamadan önce, MİY'nin amaçlarını doğru bir şekilde belirlemektir. Herhangi bir MİY stratejisinin genel amacı, müşterilerle daha kârlı ilişkiler geliştirmektir. Ancak, bu genel amacın arkasında sadece şirket açısından değil, müşteri açısından da çeşitli hedefler vardır.

MİY stratejisine göre, müşteriden önemli bir şey yoktur. Müşteriler memnun kalırsa, daha fazla satın alırlar. Müşteri memnun kalmazsa, işletmeyi tekrar tercih etmeyeceği için şirketin gelir kaybetmesine yol açabilir. Dolayısıyla müşteri memnuniyeti, MİY stratejileri için kilit nokta olarak gösterilebilir.

Buttle (2004), işletmelerin MİY'ni saldırgan ve savunma amaçlı kullanmak için motive olduklarını vurgulamaktadır. Saldırgan nedenler, müşteri memnuniyetini ve sadakatini iyileştirerek maliyeti düşürerek ve gelirleri artırarak kârlılığını artırmak amacıyla ilgilidir. Savunma motivasyonlarıyla ilgili olarak, rakipler MİY'ni başarılı bir şekilde benimsediğinde, işletmeler müşteri kaybetme ve gelir kaybına uğrayabilirler.

İşletmelerin müşterilerle ilişki kurmak istemelerinin temel nedeninin ekonomik olduğu kesindir. MİY stratejilerinin temel bir amacı olarak, müşteri tabanını yöneterek kârlı müşterileri belirlemek, onları tatmin etmek ve elde tutmak daha iyi sonuçlar verecektir. Diğer yandan, müşteri perspektifiyle ilgili olarak, müşterilerin bir işletmeyle ilişki kurmasının çeşitli nedenleri vardır. Buttle (2004), müşterilerin işletmeler ile ilişkilerinin olması için aşağıdaki nedenleri belirtmiştir:

- **Tanınma:** Bir müşteri tanındığında daha değerli hissedebilir.
- **Kişiselleştirme:** Müşterinin özel tercihleri ve beklentileri karşılanabilir.
- **Güç:** Bazen müşteriler kişisel ilişkileri olduğunu düşünebilirler.
- **Risk azaltma:** Yüksek seviyede algılanan risk birçok müşteri için rahatsız edici olduğundan, ilişki algılanan riski azaltabilir.
- **Durum:** Müşteriler, durumlarının bir kuruluşla olan bir ilişki tarafından geliştirildiğini düşünebilirler.
- **Üyelik:** İnsanların sosyal ihtiyaçları, ticari veya ticari olmayan ilişkiler yoluyla karşılanabilir. Birçok kişi, örneğin profesyonel veya topluluk derneklerinin müşterileri (üyeleridir).

Müşteri ilişkileri yönetimi en hızlı büyüyen yönetim yaklaşımlarından biri olarak işletmeler için değerli bir yatırımdır. MİY sistemlerinin özü müşterilerle değerli ilişkiler kurmaya ve sürdürmeye bağlı olduğundan sonuçlar çoğunlukla müşterilerin etrafında toplanır ve bu da şirket üzerinde bir bütün olarak köklü etkiler oluşturur.

Persson'a (2010)'a göre MİY yoluyla gerçekleştirilebilecek bazı listelenmiş amaçlar şunlardır:

- Müşteri elde etmenin düşük maliyeti;

Müşterilerin alım maliyetini azaltmak için tasarrufların pazarlama, posta, iletişim, takip, yerine getirme, hizmetlere dayanması gerekir.

-Uzun vadeli müşteri sayısını artırmak;

Uzun vadeli müşteri sayısını artırmak, bir şirket için yeni müşteri alma ihtiyacını azaltacaktır.

- Satış maliyetlerini azaltır;

Mevcut müşterilerde satış maliyetleri son derece düşüktür. Pazarlama kampanyası maliyetleri, distribütörlerle olan ilişkilerin iyileştirilmesiyle en aza indirilebilir.

- Daha yüksek müşteri karlılığı;

MİY, müşterileri tanımak, güncel ve potansiyel ihtiyaçları karşılamak için verimli süreçlerle tanımlamak, çekmek ve elde tutmak için bir stratejidir. Bu teknolojiye sahip şirketler, rakiplerinin üzerinde rekabet avantajı sunarak müşterilerin ihtiyaçlarını öngörürken hizmet düzeyini artırıyor ve müşteri / tedarikçi arasında iletişim için daha fazla fırsat yaratıyor.

-Müşteri elde tutma ve bağlılığını arttırmak;

Müşteriler bölgede daha fazla zaman harcadıkları ve daha fazla alışveriş yaptıkları için müşteri elde tutma oranı artar. Müşteri inisiyatif alır ve sonuç olarak müşteri sadakati de artar.

- Müşteri karlılığının değerlendirilmesi;

Şirket karlı müşterileri ve potansiyeli olan müşterileri bulabilir.

1.11.Müşteri İlişkileri Yönetimi Çeşitleri

Buttle (2004) genel olarak tanımlanan müşteri ilişkileri yönetimi seviyelerini Stratejik MİY, Operasyonel MİY ve Analitik MİY olarak belirtmekte ve bunları aşağıdaki gibi tanımlamaktadır.

Operasyonel MİY ile ilgili olarak, hizmet otomasyonu, satış gücü otomasyonu veya pazarlama otomasyonu gibi işletmelerin müşteriye dönük bölümlerinin otomasyonuna odaklanmaktadır. Pazar bölümlendirme, kampanya yönetimi ve olaya dayalı pazarlama, pazarlama otomasyonu formlarına örnek olabilir. Fırsat yönetimi; olası satış yönetimi, iletişim yönetimi, teklif oluşturma ve ürün yapılandırması da dahil olmak üzere satış gücü otomasyon formlarına örnek olabilir. İletişim ve çağrı merkezi işlemleri, web tabanlı hizmet ve saha hizmeti, servis otomasyon formlarına örnek olabilir. Analitik müşteri ilişkileri yönetimi, müşteri verilerinin stratejik veya taktik amaçlı akıllı madenciliğine odaklanan MİY üzerinde kapsamlı bir bakış açısidir. Stratejik müşteri ilişkileri yönetimi ile ilgili olarak, karlı müşterileri kazanmayı ve korumayı amaçlayan temel bir müşteri

merkezli iş stratejisi olarak görülen yukarıdan aşağıya bir perspektiftir. Bu perspektif müşteri merkezli iş kültürünün geliştirilmesine odaklanmaktadır.

1.12. Müşteri İlişkileri Yönetiminde Kritik Başarı ve Başarısızlık Faktörleri

MİY stratejilerinde başarıya ulaşmak için şirketler bilgi teknolojilerindeki gelişmeleri dikkate almalıdır. Çünkü müşteriler ve potansiyel müşteriler gerekli verilere İnternet üzerinden kolayca ulaşabiliyorlar. Bilgi teknolojisindeki gelişmeler nedeniyle İnternet, kullanıcılara (ayrıca müşterilere) derhal çeşitli verilere ulaşmalarını sağlamaktadır. Dolayısıyla, iş yapma teknikleri değişir. Dünyanın herhangi bir yerindeki bir şirket, tüm dünyada bulunan birçok potansiyel ve gerçek müşteriye ulaşabilir. Bu, müşterilere çalışacak birçok şirket arasından seçim yapmalarını sağlar. Bu anlayışla şirketler internet üzerinden müşterilerle olan ilişkiye odaklanmalıdır. Bu, İnternet ve Teknolojilerin MİY stratejilerinde başarıya ulaşmak için büyük bir güce sahip olduğunu göstermektedir (Kotorov 2003).

Uluslararası düşünce lideri ve MİY gurularından biri olan Paul Greenberg, Işık Hızında MİY (2004) adlı kitabında, iş kültürünün dönüştürülmesinin MİY inisiyatifinin başarılı olmasını sağlamada en önemli adım olduğunu vurgulamaktadır. Greenberg (2004), endüstrileri ne olursa olsun, her işletmenin, taktik MİY günlerinin sona erdiğini anlayarak gerçek bir müşteri odaklı ortam yaratabileceğini açıklamaktadır.

Greenberg perspektifinin yanı sıra, başarıya ulaşmak için MİY çözümlerinin gelişen doğasına odaklanan çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır. Zaman geçtikçe değişim gereksinimlerinin ortaya çıktığı ve MİY sistemlerinin bu değişiklikleri cevaplamak ve uyarlamak için yeterli kapasiteye sahip olması gerektiği kesindir. Önemli olan husus MİY'nin gelişen doğasının başarı için gerekli olmasıdır.

Farklı kaynaklarda tanımlanmış çok sayıda başarı faktörü mevcuttur. Payne ve Frow (2006), MİY'nin başarılı bir şekilde uygulanmasının hazırlık değerlendirmesi, değişiklik yönetimi, proje yönetimi ve çalışan yönetimi olmak üzere dört kritik faktöre bağlı olduğunu belirtmektedir. MİY'nde hazırlık değerlendirmesi, işletmenin genel konumunu değerlendirmek için genel bir bakış denetimidir. MİY değişim yönetimi, stratejik organizasyonel değişim ve kültürel

değişim ile ilgilidir. MİY proje yönetimi ile ilgili olarak, MİY uygulama programı için çok işlevli bir ekip oluşturmak çok önemlidir. Çalışan yönetimi ile ilgili olarak, çalışanların MİY projelerine destek ve bağlılıkları oldukça önemlidir.

Eid (2007), MİY başarı faktörleri üzerine bir çalışma yapmıştır. Bunları stratejik faktörler, taktik faktörler ve operasyonel faktörler olarak üç kategoride gruplandırmıştır. Stratejik faktörler; üst yönetim desteği, organizasyon kültürü, MİY stratejisi oluşturma, proje, vizyon geliştirme ve kıyaslama faaliyetleridir. Taktik faktörler; çalışanların sistemlere uyarlanması, MİY uygulamalarının seçimi, diğer sistemlerle entegrasyon ve eğitimidir. Operasyonel faktörler; uygulama adımlarının ve kurumsal MİY göstergelerinin belirlenmesi, özelleştirme, müşteri odaklı iş perspektifi ve veri madenciliğidir.

Roberts, Liu ve Hazard (2005)'te başarı faktörlerine benzer bir yaklaşım olarak; strateji ve planlama, organizasyon, teknoloji ve değerlendirme olmak üzere dört grup şeklinde ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, strateji ve planlama stratejik hedeflerin oluşturulması; organizasyon yapısı; kuruluş boyutu, kullanıcıların eğitimi, kısmi uygulamalar, değişiklik yönetimi ve proje merkezi yönetimi ile ilgilidir. Teknolojik boyut; veri tabanlarının ve sistemlerin merkezileştirilmesi ile ilgilidir. Değerlendirme ile ilgili olarak, örgütsel kontrol mekanizmaları müşteri ilişkileri yönetimi için hayati öneme sahiptir.

MİY başarısızlığının birçok olası nedeni vardır. Bligh (2004)'te aşağıdaki genel olarak tanımlanmış kategorilerde başarısızlığın en yaygın nedenlerini belirtmektedir; Amaçların iyi belirlenememesi, liderlik eksikliği, yetersiz planlama ve kapsam belirleme ve uygulama yanlışları, değişim yönetimi eksikliği ve uygulama sonrası yetersiz çalışmalardır. Amaçların iyi belirlenememesi MİY'nin başarısızlıklarının en yaygın nedenidir. Liderlik eksikliği, üst düzey kararların ilk aşamasında ilgi eksikliği veya uygulama sonrası konulara odaklanma eksikliği ile ilgilidir. Yetersiz planlama ve kapsam belirleme konusunda, çok fazla girişimde bulunmak, iş süreçlerindeki hayati değişiklikleri ele almamak tipik başarısızlıklardır. Uygulama yanlışları, MİY uygulamalarının iyi olmayan personellerden ve teknolojik yapıdan kaynaklandığını vurgulamaktadır. Değişim yönetimi eksikliğine gelince, MİY'nin bir organizasyonun işlerini, rollerini, becerilerini ve günlük rutinini önemli

ölçüde etkilediği ve bu nedenle şirketin bu değişikliğe hazır olması ve bunu yönetme yeteneğine sahip olması gerektiği belirtilmektedir. Son olarak, aynı zamanda, uygulama sonrası yetersizliği MİY başarısının arkasındaki önemli bir faktördür. Devam eden bir süreç olarak MİY bir kerelik bir olay değildir, bu nedenle zaman içinde yönetilmelidir. Yeni yaklaşımlar ve araçlar izlenmeli ve gözden geçirilmeli, süreçler ve teknolojilerdeki yükseltmeler dikkatle yapılmalıdır.

Xu ve diğ. (2002), son kullanıcı odaklı metodoloji, üst yönetimin yetersiz desteği, kültürel hazır olmama durumu, uygunsuz uygulama tasarımı, abartılı otomasyon ve yetersiz ağ yapısı gibi eksiklikler nedeniyle MİY zorluklarını belirtmektedir.





İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramı

Nobile (2019)’da Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık tanımına yer vermiştir. Bu tanıma göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam fiziksel, sosyal ve zihinsel refah durumudur. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanmak, her insanın temel haklarından biri olarak kabul edilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1978)’e göre bireyin sağlık seviyesi, bedensel ve zihinsel ihtiyaçlarıyla ilgilidir. Bireyin fizyolojik ve psikolojik ihtiyacının karşılanması, eğitim seviyesi, çevre ve mevcut sağlık hizmetleri ve bunlara erişimin ile yakından ilgilidir. Halk sağlığı, hastalıkları önleme, yaşam süresini uzatma ve sağlığı geliştirme sanatı ve halkın sağlığı için örgütlü çabalar yoluyla verimli çevre ve toplum, enfeksiyonların kontrolü, bireyin eğitimi ilkeleri ve kişisel hijyen, tıbbi ve hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu hastalığın erken teşhisi ve önleyici tedavisi ve her bireyin sağlığın korunması için yeterli bir yaşam standardı sağlayacak sosyal hakkını elde edebilmesi olarak ifade edilir.

Bütüncül sağlık kavramı ise kişinin içinde bulunduğu çevrede kendine özgü potansiyellerin tamamını ifade etmek için fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal olarak iyi işlev görebildiği görelî bir durumdur. Hem sağlık hem de hastalık dinamik süreçlerdir ve her bir kişi, yaşamın her alanında, bir uçta, ölümlle sonuçlanan hastalığa, diğerinde (Kujundžić Tiljak, 2017) sağlığa ve optimal işleyişe kadar kademeli bir ölçekte veya sürekli bir spektrumda (süreklilik) bulunur (The Free Dictionary, 2020).

WHO (1998)’de küresel bir kavram olarak, DSÖ Küresel Stratejisi “2000 Yılı Herkes İçin Sağlık”ın kabul edilmesiyle birlikte, pragmatik bir sağlık kavramı - sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam yürütme yeteneği - bu stratejinin temel hedefi olarak kabul edilmiştir.

Parasuraman ve ark. (1991)'e göre bütünsel yaklaşım, bireyleri ve toplulukları kendi sağlıkları için harekete geçmeleri, halk sağlığı için liderliği teşvik etmeleri, sağlıklı kamu politikaları oluşturmak ve toplumda sürdürülebilir sağlık sistemleri oluşturmak için sektörler arası eylemleri teşvik etmelidir. Bu unsurlar, insanların sağlıkları ve sağlık statüsü belirleyicileri üzerinde kontrol sahibi olmalarını ve böylece sağlıklarını iyileştirmelerini sağlamakla ilgili olan “sağlığı geliştirme” nin özünü yakalar. Sağlığı iyileştirmeye veya korumaya elverişli adaptasyonları (yaşam tarzı, çevre vb.) kolaylaştırmak için kişisel, örgütsel, sosyal ve politik düzeydeki müdahaleleri içermektedir.

WHO (2009) ve WHO (2008)'e göre sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bileşeninin basit, uygun maliyetli, yenilikçi, kültürel ve coğrafi olarak uygun modellerle güçlendirilmesi, konu tabanlı ve ortam tabanlı tasarımların birleştirilmesi ve toplumun katılımının sağlanması gerekmektedir.

Başarılı bir sağlık politikasının teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin tekrarlanabilmesi ve dünyanın her yerinden ve ülke içinden en iyi uygulamaların değerlendirilmesi gerekmektedir. Okullar, hastaneler, iş yerleri vb. gibi sağlıklı ortamların oluşturulması için çabalar başlatılmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkili bir şekilde uygulanması için, tüm politikalarda sektörlerin sağlığın ötesine geçmesi ve tüm sağlık politikalarında sağlık yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir (WHO 2009).

Sağlık sorunları, bireyleri ve toplulukları sağlıkları için harekete geçmeleri için güçlendirerek, halk sağlığı için liderliği teşvik ederek, tüm sektörlerde sağlıklı kamu politikaları oluşturmak için sektörler arası eylemi teşvik ederek ve sürdürülebilir sağlık sistemleri oluşturarak bütünsel bir yaklaşım benimseyerek etkin bir şekilde ele alınabilir. Bireysel ve toplumsal düzeylerde sağlığı kapsayan eylemleri, sağlık sistemini güçlendirmeyi ve çok sektörlü ortaklığı teşvik etme çabaları belirli sağlık koşullarına yönlendirilebilir (WHO 2008). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tüm politikalara dahil edilmesi gerekmektedir ve etkin bir şekilde kullanılması sağlık adına olumlu sonuçlar doğuracaktır.

Özsarı (2009)'a göre sağlık hizmetleri, hem insan faktörüne dayanan arz açısından son derece pahalı bir özelliğe sahip olmakla birlikte, hem de teknoloji

yoğun ağırlıkta olmalıdır. Gerçekten de, sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanılması her gün bilimsel ilerleme olan yeni teknolojiler gerektirir. Sağlık hizmetlerinde talep, bu hizmeti kullanan hastaların bu tür tedavi hizmetlerini belirtmemektedir. Kullanılması zorunlu olduğundan, servis için mevcut olan her türlü tesise (talep esnekliğinin katılığı) ulaşmaya çalışır. Sağlık hizmetlerinin genel amacı nüfusun sağlık durumunu iyileştirmektir. Bu amaçla kullanılacak tüm araçlar, hedeflere ulaşmanın yoludur. Genel olarak hedefler; sunulan kaliteli sağlık hizmetlerini sağlamak için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin kapsamı, kullanılabilirlik, hakkaniyet, etkinlik, verimlilik artışı gibi özetlenebilir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Başlangıçta sağlık hizmetleri sadece hastalıkların tedavisi şeklinde ifade edilmiştir. Ancak daha sonra çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve sağlığa uygunluk gibi konular sağlık hizmetleri için önemli hale gelmiştir. literatürde sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması üç grupta toplandığı görülmektedir.

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması ve oluşacak hastalıkların önüne geçilmesi amacıyla yapılan düzenlemeler ve bu doğrultuda verilen hizmetlerin bütünü olarak tanımlamak mümkündür (Karabağ, 2007: 21). Tanımdan anlaşılacağı gibi, koruyucu sağlık hizmetlerinde esas olan kişinin hastalanmadan önceki süreçte alınacak tedbirler ve önlemlerin tamamını kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetinin bu özelliği, bu hizmeti devletin vermesini zorunlu kılmaktadır. Bu hizmetin en temel amacı toplumun temelini oluşturan bireylerin, hastalık riskini azaltmak dolayısıyla toplumun sağlık seviyesini yükseltmektir (Mirgil 2018: 9).

Sağlık hizmetinde öncelik, hastalığın oluşmasını önlemek ve kişinin kaliteli, sağlıklı bir hayat sürmesini sağlamaktır. Bu bağlamda bireysel bilgilendirmeler ve toplumsal farkındalık oluşturulması, sağlık hizmetlerinin bir kapsamı olarak sayılabilir (Alpak 2015: 80). Koruyucu sağlık hizmetinin en temel amacı, toplumda hastalık riskini azaltarak, sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlamaktır. Devletin bütün halkına bu hizmeti vermesi önemli görevleri arasında yer almaktadır.

Hastalığın oluşmadan önceki sunulan bütün sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetleri kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2017: 71)

Koruyucu sağlık hizmetleri, aile planlaması, hastalık riski yüksek olan grupların aşılınması, anne ve çocuk sağlığı, beslenmeye yönelik önlemler, gıda denetimleri vb hizmetlerin tamamını kapsamaktadır (Mirgil 2018: 10).

2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir basamak üstünde yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha çok özel hizmet içermektedir. İkincil veya akut bakım, acil bir tedavi ve belirli bir hastalık veya patolojinin teşhisi ve tedavisi için yoğun ve ayrıntılı önlemler içeren kritik bakım ile ilgilidir (Burçoğlu 2014: 23). Yataklı veya ayaktan tedavi hizmeti sunan kurumların vermiş olduğu hizmet şekli tedavi edici hizmetlere örnek olarak gösterilebilir.

Bu seviyedeki sisteme giriş ya sağlık hizmetleri tesisine doğrudan giriş ya da sevk yoluyla yapılır. İkinci basamak hizmet sağlayıcıları arasında hem akut hem de uzun süreli bakım hastaneleri ve personeli bulunmaktadır. İkincil bakım, bireyi önceki işleyiş durumuna döndüren tedavi sürecini ifade etmektedir (Erdem 2007: 56).

Üçüncül bakım, karmaşık veya karmaşık sağlık ihtiyaçları olan bireylerin ve ailelerin tedavisi için son derece teknik hizmetleri içerir. Üçüncül bakım sağlayıcıları, belirli bir klinik alanda uzman olan ve psikiyatri hastaneleri ve klinikler, kronik hastalık merkezleri ve genel hastanelerin son derece uzmanlaşmış birimleri gibi uzman kuruluşlarda çalışmaya yetkili sağlık uzmanlarıdır; örneğin, bir koroner bakım ünitesi, ruh ve sinir hastaneleri gösterilebilir. Kısaca ileri tetkik ve özel tedavinin verildiği merkezler olarak ifade etmek mümkündür (Karabağ 2007: 19).

2.2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitate edici (onarıcı) bakım, huzurevleri, bakım evleri, alkol ve uyuşturucu bağımlıları için yatarak tedavi tesisleri ve hastanelerin veya toplum temelli kurumların evde sağlık birimleri tarafından sunulan hastaların evlerinde rutin takip bakımı ve rehabilitate edilmelerini içerir. Bir kaza neticesinde, vücudun bazı

organlarının yeterli şekilde çalışmaması gibi durumlar örnek olarak gösterilebilir (Burçoğlu 2014: 25).

Sürekli bakım, fiziksel veya zihinsel engelli, yaşlı ve kronik ve güçsüzleştirici bir hastalıktan muzdarip, zihinsel engelli veya günlük yaşamda yardımsız olarak baş edemeyen kişileri desteklemek için sürekli bakım yapılmaktadır. Bu bakım, kişisel bakım evlerinde, konutlarda, yatılı sağlık tesislerinde, bakım evlerinde, geriatrik bakım merkezlerinde ve diğer çeşitli tesislerde mevcuttur (Farlex Medikal Sözlük 2012).

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Örgütlenmesi

2.3.1.Osmanlı Dönemi

Osmanlı İmparatorluğu'nun batı anlamında ilk tıp fakültesi 1827 yılında II. Mahmud döneminde kurulmuştur. Aynı yıl ameliyat için kurulmuş olan bir okulla birlikte iki okul 1831'de yeniden düzenlenmiştir. Daha sonra, tıp ve cerrahi okulu, Avrupa'daki gelişmelere uygun olarak birleştirilmiştir. Bakanlık 1870 yılında çıkarılan bir yönetmelikle, Tıp Fakültesi Bakanlığına bağlı Sivil Tıp Okulu'na, 1871 yılında sivil halk sağlığı hizmetlerini düzenlemek üzere, "Sağlık Denetimi" ve "Ulusal Doktorlar ofisi" kurulmuştur (Sur 2012).

Bu düzenleme belirtildiği gibi aşağıdaki gibidir:

- İstanbul Belediye Başkanı, il valileri, Tıp Fakültesi Bakanlığı ilçe sınırları ile belirli yazışmalar, şehir ve ilçelerde bir ülke hekimine göre, ilçe veya ilçenin büyüklüğüne göre gerekli ülke sağlık asistanını alacaktır.
- Bu maaşlar yerel yönetimler tarafından ödenmektedir.
- Belirli kasaba ve şehirlerde belediyeyi bir eczane açmakla sınırlayın, belediye eczanesinin kapıya bir işaret olacağını gösterecektir.
- Belirli gün ve saatlerde, belirli bir yerde zengin olan hekimler haftada fakirlerden bağımsız olarak ücretsiz olarak kabul edilen tüm hastaları muayene edecektir. Gerekli aşılamalar ücretsiz yapılacaktır.

- Gelemeyen teftiş hekimleri evlerini inceleyecek, ödeyenler, önceden belirlenmiş bir ücret olacak. Belediye sandıklarından hekimlere ödenen kötü ve zorunlu masraflardan tahsil edilmeyecektir.
- Hastaya bakmak için önemli bir neden olmadan ve yoksullardan para alınması işten çıkarılma nedeni olabilecektir.
- Salgın hekimleri gerekli önlemleri alırlar. Valinin karar ve onayının sorumluluk alanı dışında önlemler alırlar. Gerekli masraflar yerel yönetimler tarafından ödenir.
- Tabipler Birliği, hastanedeki bölge, eczaneler, sağlık kontrol yerleri ve sağlıkla ilgili her şeyden sorumludur.
- Ülke hekimleri, Tıp Fakültesi Bakanlığı'na aylık rapor göndereceklerdir.- Görevlendirilmelerinden sonra bölgedeki sorumluluklarını 9 aya kadar tanımalıdırlar.
- Ülke hekimleri görevlerinde yasal işlerde, iş ile ilgili kanun ve yönetmeliklere göre görev yaparlar.
- Bölge idare otoritesi Tıp Fakültesinden talimatlar alınmasından sorumludur.

1914 yılında kabul edilen bir yasayla sağlık hizmetleri, İçişleri Bakanlığı'na verilmiştir. İlk genel müdür Dr. Besim Ömer, Dr. Adnan Adıvar ve Abdullah Cevdet bu dönemde genel müdür olan tanınmış hekimlerdir. Parlatentonun 3 Mayıs 1920'de sağlık hizmetini yönetmek üzere sağlık ve sosyal yardım bakanlığına ilk olarak bakan Dr. Adnan Adıvar olarak atanmıştır (Aydın 2002).

2.3.2.1923-1937 Dönemi

Bu dönemde önleyici bakımın sağlanması ve yüksek oranda yaygın enfeksiyon hastalığının ortadan kaldırılması ana hedeflerdir. Refik Saydam, Sağlık Bakanı olarak bu dönemin fikir lideridir. Dr. Refik Saydam (döneminin ilk Sağlık Bakanı), bakanlık kısa bir süre dışında 1937'ye kadar 14 yıl sürmüştür. Cumhuriyetin ilk yıllarının sağlık örgütlenmesi ve gelişimi politikalarında büyük katkı sağlayan birisidir. Refik Saydam döneminde koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutulmuştur (Yerebakan 2000).

Sınırlı kaynaklar, sık, çok öldüren, sakat bırakan ve hastalıkların kontrolü ve önlenmesi doğrultusunda çabalar için kullanılmıştır. İl düzeyinde halk sağlığı hizmetleri, sağlık departmanları, ilçe düzeyinde, devlet sağlık ofislerinin organizasyonunun yanı sıra dikey anlayış organizasyonuna (sifiliz-cüzzam, trahom, sıtma eradikasyon organizasyonları) göre önemli sağlık sorunları için organizasyonlar gerçekleştirmiştir. Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da bunlara örnek olabilmek için yerel yönetimlere bırakılan tedavi hizmetleri konuları "Numune Hastanesi" nin açılmasına yol açmıştır (Sur 2012).

Halk sağlığı sektöründe yer alan tüm sağlık personelinin görevlendirilmesi, terfi, ödül, çalışan hakları gibi, Sağlık Bakanlığında fiilen çalışan bir kurum haline gelmiştir. Hekimler veya hükümet, sivil idarenin örgütsel yapısına göre, ilçe hükümet hekimleri temelinde örgütlenmiş, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, adli tıp, genel idari görevler fakir hastaların teşhis ve tedavisine verilmektedir. Cumhuriyet dönemi, terapötik hizmet ağını genişletmek için, eczane veya ilaç satın almaları için izin verilen resmi görevlerine ek olarak hizmet vermiştir. Bu dönemde tedavi ve önleyici hizmetler bir bütün olarak kabul edilir. Bir hizmet ağı oluşturmak için bütüncül sağlık, Cumhuriyet yönetiminin ideallerinden biridir (Aydın 2002).

2.3.3. 1937-1960 Dönemi

Bu dönemde koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin yatay olarak entegre bir şekilde bir araya getirilmesine karar verilmiştir. Bu entegrasyon, koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesine neden olmuştur. Bu dönemde, 2. Dünya Savaşı'nın sağlık sistemleri üzerindeki küresel olumsuz etkisinin bir sonucu olarak birçok salgın ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı nezdinde sağlık sistemlerinin merkezleştirilmesinin yanı sıra, iş sağlığı hizmeti sunumu ile anne ve çocuk doğum öncesi ve doğum sonrası sağlık hizmeti sunumunun önemi artmıştır. Behçet Uz, Sağlık Bakanı olarak bu dönemin fikir lideri olmuştur (Yerebakan 2000). Cumhuriyetin kuruluşundan sonra kurulan sağlık örgütü bu dönemde yer almıştır. Dönemdeki önemli iyileştirmeler ve değişiklikler aşağıdaki gibi özetlenebilir: (Sar 2012)

- 1945'teki büyük salgınlar nedeniyle Mania Bölgesi "Sıtma ile ilgili Olağanüstü Kanun" kaldırıldı.

- Burada 1945'te Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK) kuruldu, 1952'de çalışanlara sağlık hizmeti vermeye başlayan bu organizasyon, sağlık kuruluşlarının yanı sıra finansman, hastane binası, operasyonel ve personel atama yetkisi ile donatıldı.
- Bakanlık sırasında, 1946-1947 yıllarında hazırlanan yaklaşık 20.000 kişiye "Sağlık Merkezleri" hizmet etmek üzere hazırlanan bir plana göre, bu merkezler 11 hekim olmayan sağlık hizmeti verenlere hizmet vermek üzere 10 hasta yatağında, iki hekimde, sağlık hizmeti sunuldu.
- Tüberküloz için kentte yapılan bir düzenleme ile "Tüberküloz Derneği" kurulmuştur.
- Anne ve Çocuk Sağlığı Örgütü kuruldu, AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açıldı. Şeffaflık süresi Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilen yerel yönetimlerin tedavi hizmetlerine bırakıldı, belediye hastaneleri kamulaştırıldı. Buna göre koruyucu hizmetlerde çalışan hastane personeline açıldı. Hastanede kaldığı alanda önemli gelişmeler sağlayarak önleyici hizmetler reddedildi, özellikle hekim olmayan sağlık hizmeti sağlayıcılarına eğitim verilmemesi gerekiyordu (Sur 2012).

2.3.4. 1960-2000 Dönemi

Tüm sağlık hizmeti hükümleri, sağlık hizmetlerini herkese ücretsiz ve eşitlikle sağlamak amacıyla kanunla kamulaştırılmıştır. Bu dönemde başlayan planlı ekonominin etkisi sağlık sistemi üzerinde yoğun olarak hissedildi (Yerebakan 2000).

Bu dönem ülkemizin planlı kalkınma dönemidir. 1961'de "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Kanunu" nu kabul etmek yerine, hükümet nüfus, hekimler veya sağlık merkezlerinin temelini oluşturmayı öngördü. İlkeler örgütsel modele uygun olarak şu şekilde tasarlanmıştır (Sur 2012) :

- Sağlık kuruluşunun temel birimi 5-10 bin kişiye birinci basamak sağlık hizmeti verecek sağlık merkezleridir. Her sağlık ocağında hekim, hemşire, sağlık görevlisi, 2-4 köy ebesi ve destek personeli ile sağlık sekreteri, şoför bulunur.

- Sağlık ocağı çalışanları, bölgedeki tüm nüfus, birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetleri sunacaktır. Personel, sorumlu hizmetin sürekli ve gerekli seyahatin olacağı alanda oturacaktır.
- Sağlık Merkezleri, Devlet Hastaneleri yönündeki tedavi hizmetleri ve önleyici hizmetler açısından halk sağlığı kuruluşlarının halk sağlığı birimleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri oluşturulacaktır. Kırsal alanlarda başarılı olmak için halen çeşitli nedenlerle yürürlükte olan bu örgütsel model, kentsel alanlarda da bir şekilde daha etkili hale getirilebilir.

2.3.5. 2000-2020 Dönemi

Türkiye'nin de içinde olduğu 194 ülkenin bağlayıcılığı olan Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST) nün belirlemiş olduğu temel halk sağlığının gelişmesini istemiştir. Uluslararası düzeyde kabul gören sağlık tüzüğüne taraf olan bütün ülkelerin, halk sağlığını tehdit edecek olayların değerlendirilmesi, bildirmesi, raporlanması, halk sağlığı riskine karşı acil durumlara cevap verme yeteneğine sahip olması gerekir.

2013-2017 tarihleri arasında sağlık bakanlığı, sağlıklı hayat tarzının benimsendiği ve tüm halkın sağlık hakkını kolayca erişip kullanacağı yeni bir Türkiye vizyonu ile "insan merkezli bir yaklaşımla birey ve toplum sağlığını üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında ve uygun çözüm sunmak olarak belirlemiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>).

Bu dönemde Türkiye'de köklü reformlar gerçekleştirilmiştir. Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve sosyal refah sistemleri ile bakanlık merkezi örgütünde köklü değişiklikler içermektedir.

Sağlık temel bir insan hakkı olarak görülmekte ve sağlık sigortası primlerinin düzenli olarak ödenmesi yerine, vatandaşların sağlık hizmetlerinden uzaklaşmak için vatandaşlara hizmet yaklaşımı hakkı sunulmaktadır. Sağlık reformları ile ilgili temel görevler yer almaktadır (SDP 2012: 21).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayanarak, kamu tarafından finanse edilen alternatif ve sağlık sistemi ihtiyaçlarına karşı neoliberal gündemin harcamalarını kontrol etmek için artan sağlık çabalarının en önemli nedenden dolayı

sağlık bakımının finanse edilmesi önemlidir. Reform sürecinde sağlık hizmetlerinde gereksiz ve verimsiz kaynakların kullanılması durumunda sağlık harcamalarının artması nedeniyle bu olumsuzlukların giderilmesi için önlem alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sorunu, eşitlik ve dayanışma ilkeleri doğrultusunda, sağlık hizmetlerine engelsiz erişim, sosyal adalet sağlayarak refah devleti sağlanarak çözülebilir (Sağlık Bakanlığı 2019).

2.4. Sağlık Hizmetleri Talebi

Sağlık hizmeti talebinden bahsedilmeden önce kısaca talep kavramının tanımının yapılması konunun anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. “Talep” TDK’nın tanımında; Bir kimseden bir şeyi yapmasını veya yapmamasını isteme, dileme, isteme olarak ifade edilmiştir (TDK 2020). Talep günlük dilde “bir şey ifade etmek” veya “istemek” için kullanılsa da, bu istek veya arzu yeterli satın alma gücü ile desteklenmelidir. Talep, tanım gereği, diğer faktörlerin sabit kalması şartıyla, farklı fiyat seviyelerinde satın alınabilecek mal ve hizmetleri ifade eder (Ünver, 2010: 33).

Genel ekonomik kurallara göre talebi etkileyen faktörler; fiyat, gelir, benzer mal ve hizmetlerin fiyatları, tüketici zevkleri ve tercihleri ve gelecekteki fiyat beklentileridir. Sağlık hizmetlerine olan talep, diğer ürün veya hizmetlere kıyasla karmaşık bir özelliktir. Sağlık hizmetlerine yönelik talep, toplumun sosyo-ekonomik, demografik ve epidemiyolojik yapısına göre önleyici, ayakta veya yatarak tedavi hizmetleri ile nüfusun ihtiyaç duyduğu ilaç ve tıbbi malzeme gibi her türlü sağlık hizmetini kapsamaktadır. Sağlık işletmelerinin başarılı olabilmesi için ürettikleri mal veya hizmetlere olan talebi etkileyen faktörleri bilmeleri gerekmektedir. İnsanların hayatta kalabilmeleri veya hayat kaliteleri belirli bir seviyede tutabilmeleri ancak, çok farklı türden ihtiyaçlarının karşılanmasıyla sağlanabilmektedir. İnsanların bütün ihtiyaçlarını talep olarak tarif etmek mümkün olamaz. Nitekim insanlar ihtiyaçlarını belirlemiş ve bu ihtiyaçları yerine getirecek satın alma gücü varsa o zaman talepten söz edilebilmektedir (Çelik 2019: 99).

2.5. Sağlık Hizmetleri Arzı

Sağlık hizmeti arzına değinmeden arz kavramının tanımının yapılması konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Arz belli bir zamanda, üreticilerin çeşitli fiyatlardan satmak üzere piyasaya sundukları mal veya hizmet olarak tanımlanmaktadır (Çelik 2019: 69). Burada önemli bir husus piyasa arzıdır. Günümüzde bir çok sektörde farklı çok sayıda firma vardır. Dolayısıyla tüketiciler piyasadaki herhangi bir firmanın arzından çok söz konusu piyasada o malı veya hizmeti üreten tüm üreticilerin arzlarının toplaması ilgilendirir.

Farklı türdeki sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık evleri, sağlık merkezleri, dispanserler ve hastaneler, hekim ofisleri ve analiz ve muayene laboratuvarları gibi sağlık birimlerinde üretilen ayaktan ve yatarak tedavi hizmetlerine sağlık hizmeti arzı denir. İlaç, tıbbi malzeme, araç ve gereçler de sağlık hizmetlerinin sağlanmasına dahildir. Bu nedenle, sağlık sorunlarının çözümü, yani bireylerin gerekli sağlık hizmetlerine erişme yeteneği, yeterli, kaliteli ve dengeli dağıtılmış sağlık hizmetlerinin varlığına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin tedariki, bazı özellikleri ile iktisat teorisindeki diğer ürün ve hizmetlerin arzından farklıdır. Ürün ve hizmet üretiminde profesyonel kuruluşlar gibi sınırlı arz, uluslararası ve ulusal tekellerin varlığı, sözleşmeli, siyasal tekellerin varlığı, sağlık piyasalarında arz olgusunun önemini arttırmaktadır. Piyasa ekonomisinde “talep arz yaratır” kuralının aksine, sağlık mal ve hizmetlerinde yeni icatların ortaya çıkması ve uygulanması yoluyla arz talebi yaratır (Kurtuldu 2005: 111).

Sağlık personeli ve hasta yataklarının sayısı bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin ana göstergeleridir. Sağlık hizmetleri emek yoğun bir faaliyettir ve diğer sağlık profesyonellerinin, özellikle hekimlerin sayısı ve kalitesi, sağlık hizmetlerinin arzını belirleyen en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık personelinin tedarik durumunun ana göstergeleri 10 bin kişi başına hekim veya diğer personel veya hekim başına nüfustur. Arzın bir başka anlamlı göstergesi, 10,000 kişi başına yatak sayısı ve yatak başına nüfus sayısıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunu belirleyen önemli sağlık birimlerinden biri, temel sağlık hizmetlerini sağlamaktan sorumlu sağlık evi ve sağlık merkezlerinin

sayısıdır (SDP 2019).

Sağlık hizmetleri arz esnekliği; herhangi bir mal veya hizmetin arz esnekliğinin belirlenmesinde bu mal veya hizmetin kendine has özellikleri önemli bir role sahiptir. Bunlardan biri üretim sürecinde üretim miktarının değiştirilmesinin mümkün olup olmadığıdır. Üretim esnasında artan talepleri karşılamak için daha fazla üretim yapmak olası ise bu türden mal veya hizmetlerin arz esnekliği daha yüksektir. Sağlık hizmetlerinde arzı ve esnekliği etkileyen başlıca faktörler, fiyat, pahalı yatırımın gerekliliği, tıbbi teknoloji, kapasite kullanım oranıdır (Çelik 2019).

2.5.1.Sağlık Bakım Arzının Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin tedariki, sağlık alanına tahsis edilen kaynakların yetiştirildiği sağlık sisteminin yapısı, sağlık politikaları ve sağlık sektörü finansman yöntemlerinden etkilenmektedir.

2.5.1.1.Ürünün Karmaşıklığı

Sağlık hizmetleri tek bir hizmet veya ürünle ifade edilemez. Birçok farklı sağlık hizmeti türünü karşılamak için birçok farklı sağlık hizmeti ve ürünü vardır. Sağlık hizmetlerinde sunulan ürünlerin soyut olması sunulan hizmetin farklılığı bu hizmeti karmaşık hale sokmaktadır. Sağlık hizmetleri soyut olduğu için, hizmet satın alındığında genellikle onu temsil edecek somut bir durum yoktur. Çoğu durumda, bu mallar ve hizmetler kombine ürünlerdir. İlgili mal veya hizmetlerin fiyatı tedarik edilen miktarı etkileyecektir. Örneğin; Hastaneye çekilen röntgen filmindeki fiyat artışı, verilen röntgen servisinin tedarikini etkileyecektir. Sağlık hizmeti sunan kişiler hasta ve hasta yakınlarına yönelik, muayene, teşhis ve tedavisi gibi farklı hizmetler sunmaktadır. Yapılan tetkikler bitse bile hasta aldığı hizmetin tamamını kavrayamaz (Öztürk 1998: 8)

2.5.1.2.Organizasyonun Karmaşıklığı

Ticari ve kar amacı gütmeyen özel ve kamu kurumları, yan yana veya birbiriyle örtüşen pazarlarda sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu ticari olmayan kuruluşların davranışlarını belirleyen faktörler hakkında çok az şey bilinmektedir. Nitekim sağlık hizmetinin sunumu uzun süre vakıflar dernekler tarafından

verilmiş olsa bile günümüzde kamusal hizmet şeklini almıştır. Toplum sağlığının yükselmesinin önemli yolu bireysel sağlıktan geçmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti en temel insan hakkı olarak görülmekte ve kamunun daha fazla üstlendiği hizmet sektörü haline gelmektedir. Bu hizmetin sunumunda bir çok alanda farklı eğitimler almış ve uzmanlaşmış birden çok birimin olması nedeniyle sağlık hizmetinin yapısı karışık gibi görünmektedir (Mutlu, Işık 2012: 33).

2.5.1.3.İhtisaslaşmış Girdi Piyasaları

Sağlık sektöründe, temel girdiler sadece bu alana ayrılmış pazarlarda üretilir ve daha da önemlisi, bu temel girdiler kesinlikle hizmet sağlayıcılar tarafından kontrol edilir.

2.6.Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Arzı

Ülkemizdeki en büyük kamu hizmeti sağlayıcısı Sağlık Bakanlığı'dır ve 2005 yılında SSK hastanelerinin nakledilmesiyle etkisi daha da artmıştır. Üniversite hastaneleri de önemli bir hizmet sağlayıcıdır. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti sunan en önemli ve koruyucu sağlık hizmetidir. Ayrıca, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin ana tedarikçisidir. Sağlık Bakanlığı, birincil, ikincil ve üçüncül sağlık kurumlarıyla çok geniş bir ağ içinde hizmet vermektedir. Kamu sektöründeki bu geniş ağ, özel sektörü hem poliklinik hem de yatarak tedavi hizmetleri sunan daha az sayıda özel kuruluşla tamamlamaktadır. Ülkemizde hastane yataklarının% 90'ından fazlası kamu elindedir. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarının kullanım hızı, birçok insanın alternatif kurum ve hizmetlerden yararlandığının bir göstergesi olan OECD ülkelerine kıyasla hala düşüktür. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan başvuru oranı, halk sağlığı sektöründeki tüm ayakta tedavi kurumlarına yapılan başvuru oranı arasında% 31'lik bir tek paya sahiptir (Çetinkaya 2010).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

Çalışmanın bu bölümünde kalite ve hizmet kalitesi hakkında genel bilgilerin yanı sıra, sağlık sektöründe hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve aralarındaki ilişkiye yer verilmiştir.

3.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi Kavramları

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

3.1.1. Kalite ve Hizmet Kalitesi

Kalite sözcüğü, Latince olan “qualis” kelimesinden gelmekte ve bu sözcük “öyle olmak” anlamına gelmektedir. Çok boyutlu ve kapsamlı bir kavram olmasından dolayı, kalite için kesin ve somut bir tanımlama yapmak güç iken bununla birlikte bu durum birden fazla tanımlamayı da beraberinde getirmiştir (Alptekin, Genç, 2013). Bütün sektörleri içerecek genel bir kalite tanımının yapılmasının güçlüğü, hizmet sektörü için de söz konusudur. Hizmet verirken müşterilere muamele etme şekli hizmet kalitesi olarak tanımlanır. Hizmet kalitesi, çalışanlar, müşteriler ve organizasyonel çevre arasındaki etkileşim yoluyla çeşitli deneyimlerin birleşimi şeklinde kabul edilmektedir (Jamesb 2011).

Zeithaml (1990), hizmet faaliyetlerinin müşterilerin hizmet kalitesini algılaması için çok önemli bir adım olduğunu belirtmiştir. Hizmet karşılaşması sayesinde, geçmiş ve şimdiki deneyimler arasındaki farkı kolayca yakalayabilir ve genel hizmet kalitesini ölçebilirler. Kuruluşun eksikliklerini tespit etmesi, hizmet kalitesini ölçmesi ve müşterinin ihtiyacına göre kendilerini geliştirmesi kolay değildir. Hizmet kalitesini ölçmenin en kolay yolu, müşterinin düşüncesine öncelik vererek hizmet özelliklerini anlamaktır.

Kumar (2008), hizmet kalitesinin sadece hizmetin kendisinin değil, üretim sürecinin, üretim zamanının, çalışanların müşterilere karşı davranışının, teslimat sürecinin ve hizmet kabulü için bekleme süresinin de katkıda bulunduğunu söylemiştir. Nihai hizmetin sunulmasıyla birlikte, hem şirket büyüklüğü hem de operasyonel prosedürün hizmet kalitesi ölçümüne büyük katkısı vardır.

Yukarıdaki tanımlarla, bir müşterinin ve hizmet sağlayıcı arasındaki etkileşimle bağlantılı olarak hizmet kalitesinin, bir müşterinin beklediği ve hizmetin gerçek performansı arasındaki karşılaştırma yoluyla hizmetin kaliteli olup olmadığı sonucuna varılmaktadır.

Hizmet kalitesi kuruluşun belirli iç ve dış yaşam faktörleri tarafından belirlenmelidir. Bu faktörlerin spesifik içeriği ne kadar bilinçli olursa, hizmet kalitesinin geliştirilmesi ne kadar ince düşünülürse, etkili olma olasılığı da o kadar artar. Bu faktörler (Ronzina 2010):

- İnsan hakları normları (tüketicinin korunması yasası, vb.)
- Organizasyonun ürünlerini ve / veya hizmetlerini sunduğu topluma ait olan kültürel normlar
- Organizasyonun değerleri ve misyonu
- Organizasyon tarafından sunulan mal ve / veya hizmetlerin özellikleri
- Hedef grupların (müşterilerin) özellikleri
- Müşterilere hizmet verilen tesislerin özellikleri (yakın, ferah, sessiz, gürültülü, vb.)
- Diğer faktörler

3.1.1.1. Kalitenin Önemi

Ronzina (2010)'a göre, müşteri memnuniyeti ve hizmet kalitesi büyük ölçüde, uygulandıkları şirketin organizasyon standartlarına bağlıdır. Bu durum, kâr ve müşteri sadakatini artırmak için büyük bir fayda sağlayabilir.

Alwan (2006)'ya göre, kurumlar veya tüketiciler için kalite büyük önem taşımaktadır. Çeşitli faaliyetlerde kurumun ürün veya hizmetlerinde talep büyüklüğünü belirleyen faktörlerden biridir. Kalitenin kurum ve müşteriye sağladıklarından bazıları aşağıdaki gibidir:

- **Kuruluşun İtibarı:** Bir kurum, itibarını, ürünlerinin kalite seviyesi üzerinden alır ve müşterilerin diğer kuruluşlarla rekabet etmesini sağlayan istek ve ihtiyaçlarını karşılayan ürünler sunmaya çalışır.
- **Kalite için Yasal Sorumluluk:** Tüketicinin zarar görmesinden yasal olarak sorumlu olan her endüstriyel kuruluş veya hizmet.
- **Küresel Rekabet:** Her organizasyonun küresel rekabete erişmek için kaliteyi yakalamaya çalışması
- **Tüketicinin Korunması:** Kuruluşun faaliyetlerinde kalitenin uygulanması ve spesifik standart şartnamelerin uygulanması, müşterinin korunmasına katkıda bulunur.
- **Maliyet ve Pazar Payı:** Üretimin tüm süreçleri ve aşamaları için gerekli kalitenin uygulanması, hataları keşfetme ve ekstra maliyetten kaçınmalarını önleme fırsatları sunar.

3.1.1.2 Kalite Hedefleri

Kalitenin çok sayıda hedefi vardır. Bunlardan ikisi çok daha önemlidir, ilki kaliteyi kontrol, ikincisi ise kaliteyi artırma hedefleridir. (Salti, Elias 1999: 103)

Kalite Kontrol Etme Hedefleri: Bu standartların kurum düzeyinde formüle edildiği yerlerde kurumun korunmasını isteyen standartlarla ilgilidir.

Kaliteyi Artırma Hedefleri: Genellikle, müşterilerin isteklerini daha etkin bir şekilde karşılamak için hataların azaltılması ve yeni ürün ve hizmetlerin geliştirilmesi ile sınırlıdır.

Kalite hedefleri özellikle beş kategoride sınıflandırılabilir:

- Piyasa kurumu, çevre ve toplum dışındaki performans hedeflerini de kapsamaktadır.
- Müşterilerin ihtiyaçları ve rekabet de dahil olmak üzere üretim ve hizmetlerin performans hedeflerini kapsamaktadır.
- Süreçlerin hedefleri ve süreçlerin kabiliyeti ve verimliliği ile uyarlanabilirliğini de içermektedir.
- Organizasyonel kapasite, etkililik ve değişime duyarlılık gibi performansları kapsamaktadır.

- Çalışanların yetenek, beceri ve motivasyonları aynı zamanda çalışanların gelişimini de içermektedir.

3.1.1.3 Kalitenin Faydaları

Kalite uygulamalarının sonucunda farklı işletmelere yönelik ve farklı departmanlara yönelik bir çok faydasının olduğu ispatlanmıştır. Bunlardan bazılarını şu şekilde sıralamak mümkündür: (Ronald 1997)

- Verimliliği artırır.
- Üretim maliyetlerini azaltarak, böylece işletmenin karını artırır.
- Yeniden çalışmayı azaltarak, ürün kalitesini artırır ve tüketici memnuniyetini sağlar.
- Çalışanların insani ilişkilerini geliştirir.
- Kurumun amaçlarına ulaşmak için çalışanların moralini yükseltir.
- Yürütülen tüm süreçler ve faaliyetler arasında kapsamlı koordinasyon sağlar.
- Kuruluşun amaçlarına ulaşmasında etkinliğini artırır ve hataları azaltır.

3.1.1.4 Hizmet Kalitesinin Önemi

Hizmet kalitesine, istikrar ve başarıya ulaşmayı amaçlayan kurumlar büyük önem vermektedir. Bu nedenle hizmet sunumunda hizmet kalitesinin öne çıkması aşağıdaki gibidir: (Aldrarkh 2002)

- **Hizmet alanının büyümesi:** Artan hizmet kuruluşu sayısı
- **Rekabetin Artması:** Gittikçe artan sayıda hizmet kurumu aralarında güçlü rekabete yol açmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesi kurumlara rekabet anlamında birçok avantaj sağlayacaktır.
- **Müşteriyi Anlamak:** Uygun fiyatlarla yüksek kalitede hizmet sunmak önemlidir.

3.1.1.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Kalite her sektörde, gerek ulusal piyasalarda gerekse de uluslararası arenada çok etkili bir silah hükmündedir. Bu parametre, şirketin piyasa hacmini, rekabet

gücünü ve müşteri memnuniyetini artırmasında çok etkili olmaktadır. Hizmet Kalitesini oluşturan boyutlar şu şekilde açıklanabilir: (Al- Şerafi 2003)

- **İletişim:** Bir müşterinin isteklerini ve sözlü veya sessiz gereksinimleri ifade etmesini, dinleyebilme yeteneğidir.
- **Anlama ve algılama:** Müşterinin gizli ihtiyaçlarını anlamak için müşteriyle yorgunluk ve bıkkınlık olmadan konuşulması. Müşteriye kendini ifade etmesi için yeterli zaman vermek isteyen hizmet sağlayıcı.
- **Zamanlama:** Müşterilerin ihtiyaç duydukları zamanda hizmetin sunumunu gerçekleştirmeye çalışmaktır.
- **Hizmetin güvenle gerçekleştirilmesi:** Hizmet sağlayıcının itibarından etkilenir.
- **Bir Hizmetin Öz İçeriği:** Hizmet sunma yöntemi aracılığıyla hizmet sağlayıcıda bulunması gereken ve müşterileri ikna eden becerilerdir.
- **Süreklilik:** Süreyi etkin ve verimli şekilde kullanma, süre ile yerine getirme yeteneğini ifade eder.
- **Uyum:** Müşteri istekleri ile sağlanan hizmet arasında homojenleştirme elde edilir.
- **Araçlar:** Bazı hizmetler, örneğin bir hekim tarafından kullanılan aletler gibi bazı fiziksel enstrümanları kullanılmasını gerektirebilir. Bu gibi durumlarda müşteriler kullanılabilirlik ve yüksek derecede yeterlilik bekler.

Ayrıca, Parasurman'a göre hizmet kalitesinin on maddeli boyutu vardır: Bunlar: Yanıt verme, güvenilirlik, yeterlilik, nezaket, erişim, güvenilirlik, iletişim, güvenlik, müşterileri anlama, verimlilik (Parasuraman vd., 1985).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Hizmet işletmeleri içinde, insan sağlığına hizmet veren sağlık kurumlarının kalite hususunda oldukça hassas olmaları son derece önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde, hastaya sunulan hizmetin bir bütün olarak görülmesi ve bu bağlamla incelenip geliştirilmesi sağlanmalıdır (Ndubisi 2007: 100). Zira sağlık hizmetlerindeki kalite, kurum ya da kurumdaki bütün faaliyetlerin sürekli

iyileşmesini amaçlayan, hasta memnuniyetini önemseyen, çalışanların gönüllü katılımını sağlayan ve şikayetleri en aza indiren yönetim şeklidir. Bu yönetim biçiminin sağlık kurumlarında başarıyla uygulanması için, iyileştirme faaliyetlerinin yapılması gerekmektedir (Marşap 2014: 203).

1991 yılında Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından yapılan bir araştırmaya göre, ABD'de ortalama seksen bin insanın tıbbi dikkatsizlik ve özensizlik nedeniyle öldüğü belirlenmiştir (Brashier ve ark., 1996). Dikkatsizlikler hasta olan insanlarda kötü sonuçlar doğurabileceği gibi sağlıklı insanlarda da kötü sonuçlar doğurabilir. Son zamanlarda artan rekabet koşulları sebebiyle, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve ölçülmesi, kurumların büyümeleri ve etkinliklerini arttırmaları için en önemli konulardan biridir (Chakraborty, Majumdar 2011).

Dünyanın birçok ülkesinde özellikle de gelişmiş ülkelerde hizmet kalitesine oldukça dikkat edilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin kalitesi, diğer hizmet sektörlerindeki kalite durumlarından sağlık ve insan hayatı ile ilgili olduğu için çok daha büyük bir önem arz etmektedir. Ayrıca, kalitenin yüksek maliyetine rağmen hizmet kalitesi, sağlık kuruluşunun uzun vadede başarısını sağlar bununla birlikte bazıları yüksek kalitenin daha fazla zamana ve büyük maliyetlere sebep olacağını söylese de yüksek kalite sonunda maliyetlerin düşmesini sağlayabilir (Kortell 2009).

Sağlık hizmeti kalitesi, sağlık kuruluşlarını, aynı faaliyeti gerçekleştiren diğer sağlık kuruluşlarından ayırt etmek için kullanılan yöntemlerin bir biçimidir (Kotler, Armstrong 1994). Sağlık hizmeti kalitesi, tıbbi teknolojilerin teknik şekillerle uygulanması ile birlikte tehlikelere daha fazla maruz kalmadan halk sağlığına maksimum fayda sağlamaktadır (Nakijima 1997). Sağlık hizmeti kalitesi, sağlık kuruluşlarındaki müşterilere sunulan yüksek kalitede sağlık hizmetine ulaşma yeteneğini sağlamak için tasarlanmış bir dizi önlem anlamına gelir. Sağlık hizmet kalitesi şu anlama gelmektedir: Sağlık hizmetlerini hastalara daha güvenli, daha erişilebilir ve daha ikna edici sunmaktır. Böylece toplumda sağlık hizmetlerine ilişkin olumlu bir görüş ortaya çıkar. Sağlık hizmeti kalitesi, hastalara sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan bir dizi prosedürü temsil etmektedir. Sağlık Örgütlerindeki çalışanların en iyi sonuçları mümkün olan en düşük maliyetle elde edebilmeleri için

sahip oldukları beceri, deneyim ve teknikler ile hasta bakımının iyileştirilmesine ve sorunların bilimsel bir şekilde çözülmesine katkıda bulunur (Alasaly 2006).

Türkiye’de hizmet işletmeleri arasında hızlı bir şekilde yaygınlaşan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ilk kez 2003 yılında gündeme gelmiştir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, hizmetin kalitesini artırmak adına sağlıkta dönüşümün bileşeni olarak sıralanmıştır. Bu doğrultuda ilk olarak Bakanlık nezdinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuş ve kalite ile ilgili bir dizi düzenleme yapılmıştır. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) doğrudan bakanlık tarafından uygulanmaya başlanmış ve “Sürekli Kalite Gelişimi” ilkesi ile ulaşılan noktayı yeterli görmeme ve sürekli daha iyiye ulaşmayı hedefleyen bir yapıya geçilmiştir (Biçer 2019: 16).

3.3. Kaliteli Sağlık Hizmetlerinin Hedefleri

Kaliteli üretimin, başta sağlık sektörü olmak üzere işletmelere bir çok alanda sayısız fayda sağlayacağı üzerinde ortak karar kılınmıştır. Dolayısıyla kaliteli sağlık hizmeti sunmanın yolu belirlenen hedeflere ulaşmak için verilen emekten geçmektedir. Kharma (2000) ve Khoja (2003)’a göre sağlık hizmetlerinin hedefleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Hastaların fiziksel ve psikolojik açıdan sağlığını güvence altına almak,
- Hasta memnuniyetini sağlayacak ve sağlık kuruluşuna sadakatini artıracak ayırt edici kalitede sağlık hizmeti sunmak,
- Hastaların görüş ve izlenimlerini bilmek ve sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeylerini ölçmek,
- Sağlık hizmetinden faydalananlar ile hizmet sunucuları arasındaki iletişim kanallarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi,
- Sağlık kuruluşlarının görevlerini verimli ve etkili bir şekilde yerine getirmelerini sağlamak,
- Hastalara sağlanan sağlık hizmetlerini yeterli seviyeye ulaştırmak,
- Hasta memnuniyetini kazanmak için kaliteyi geliştirmek ve kalite sistemlerini uygulamak önemlidir. İş performansının geliştirilmesi ve

sonuçta memnuniyet elde etmek için çalışan herhangi bir sağlık kuruluşunda kalite yönetiminin temel değerlerini oluşturmak,

- Çalışanların moralini geliştirerek en iyi sonuçları almak,

Bu amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması için sağlık kuruluşları arasındaki rekabet gücünün artması ve böylece tüm sağlık kuruluşlarında hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılabilir.

3.4 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Modelleri

Fiziksel kalite, interaktif kalite ve kurumsal kalite de hizmet kalitesi seviyesini etkilemektedir (Lehtinen, Lehtinen 1982). Grönroos (1984)'te ilk hizmet kalitesi modelini geliştirmiş ve nitel yöntemlerin testine dayanarak algılanan hizmet kalitesini ölçmüştür. Daha sonra Parasuraman, Zeithaml ve Berry, (1988) tarafından SERVQUAL ve Cronin ve Taylor (1992) tarafından hizmet kalitesi ölçümünde sadece müşteri algılarını esas alan SERVPERF modeli geliştirilmiştir. Uygulama alanı bulan kalite ölçüm modelleri ve bu ölçüm modelleri kullanılarak sağlık sektöründe gerçekleştirilen bazı araştırmalara yer verilmiştir.

3.4.1 Algılanan Hizmet Kalitesi (GRÖNROOS) Modeli

Grönroos'a (1984)'e göre hizmet, üretim ve tüketimin aynı anda önemli ölçüde gerçekleştiği bir faaliyet olarak nitelendirilebilir. Grönroos hizmet kalitesi ile ilgili 3 boyut tanımlamıştır; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve bunlar birlikte görüntü kalitesini oluştururlar.

Bir otel müşterisinin kaldığı odayı nasıl algıladığı, bir restoran müşterisinin yemekler ve restorandan aldığı hizmetlere dair algısı vb. teknik kaliteyi oluşturur. Teknik kalite boyutu tüketicinin bir hizmet firması ile etkileşimi sonucunda elde ettiği sonuçtur (Grönroos 1984).

Bir restoranın erişilebilirliği, bir otobüs şoförünün davranışı veya bir garsonun görünüşü, bir seyahat acentesi temsilcisi veya bir servis firması personelinin nasıl davrandığı ve ne söyledikleri müşterinin algısını etkiler. Özetle, müşteri sadece elde ettiği şeylerle değil, teknik kaliteyi işlevsel olarak nasıl elde ettiği ile de ilgilenmektedir. Buna fonksiyonel kalite denir (Caruana, Pitt 1997).

Bir hizmet işletmesi markaların veya distribütörlerin arkasına saklanamaz. Çoğu zaman müşteri hizmet sağlama sürecinde kuruluşu ve kaynaklarını görür. Tüketicilerin beklentileri kurum imajı ile etkilenir. İmaj, tüketicinin şirketi nasıl gördüğünün sonucudur. Dolayısıyla görüntünün teknik kalite ve fonksiyonel kalite ile oluşturulması beklenebilir (Cronin, Taylor 1994).

3.4.2 SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli

1980'lerin ortalarında Berry ve meslektaşları Parasuraman (1985) ve Zeithaml (1985) hizmet kalitesi belirleyicilerini ve müşterinin hizmet kalitesini algıladığı Hizmet Kalitesi kavramına göre nasıl değerlendirdiğini incelemeye başladılar.. Belirleyicilerden biri olan yeterlilik, sonucun teknik kalitesiyle açıkça ilişkilidir ve bir diğeri, güvenilirlik, algılanan kalitenin görüntü yönüyle yakından bağlantılıdır. Bununla birlikte, belirleyicilerin geri kalanının algılanan kalitenin süreç boyutu ile aşağı yukarı ilişkili olduğunu gözlemlemek ilginçtir (Grönroos 2005)

Daha sonraki çalışma sonucunda, hizmet kalitesinin 10 belirleyici faktörü aşağıdaki beş belirleyiciye düşürülmüştür (Grönroos 2005):

1. Somutluk: Bu belirleyici, bir hizmet işletmesi tarafından kullanılan tesislerin, ekipmanın ve malzemenin cazibesinin yanı sıra hizmet çalışanlarının ortaya çıkışı ile ilgilidir.

2. Güvenilirlik: Bir hizmet işletmesi müşterilerine hatasız olarak ilk kez doğru hizmet vermesi ve üzerinde anlaşılan zamana kadar yapmayı vaat ettiği şeyi sunması anlamına gelir.

3. Duyarlılık: Bir hizmet işletmesinin çalışanlarının müşterilere yardımcı olmaya ve isteklerine cevap vermeye ve aynı zamanda hizmetin ne zaman sağlanacağına dair müşterileri bilgilendirmeye ve ardından hızlı hizmet vermeye istekli olduğu anlamına gelir.

4. Güvence: Çalışanların davranışlarının müşterilere firmaya güven kazandıracağı ve firmanın müşterilerin kendilerini güvende hissettireceği anlamına gelir. Ayrıca çalışanların her zaman saygılı oldukları ve müşterilerin sorularına cevap vermek için gerekli bilgiye sahip oldukları anlamına gelir.

5. Empati: Bu durum firmanın müşterilerinin sorunlarını anlaması ve çıkarları doğrultusunda hareket etmesinin yanı sıra müşterilere kişisel ilgi ve uygun çalışma saatine sahip olmaları anlamına gelir.

SERVQUAL, müşterilerin bir hizmetin kalitesini nasıl algıladığını ölçen bir araçtır. Bu araç, yukarıda belirtilen beş belirleyiciye ve müşterilerin hizmetin nasıl gerçekleştirileceği konusundaki beklentileri ile hizmetin nasıl sunulduğuna ilişkin deneyimleri (beklentilerin onaylanmaması veya onaylanması) arasındaki bir karşılaştırmaya dayanmaktadır. Genellikle, beş belirleyiciyi tanımlamak için 22 özellik kullanılır ve katılımcılardan hizmetten ne beklediklerini ve hizmeti nasıl algıladıklarını (“Kesinlikle Katılmıyorum” dan “Kesinlikle Katılıyorum” a) yedi puanlık bir ölçekte belirtmeleri istenir. 22 özellik üzerinde beklentiler ve deneyimler arasındaki tutarsızlıklara dayanarak, genel kalite puanı hesaplanabilir. Bu puan deneyimlerin beklentilerin altında olduğunu ne kadar çok gösterirse, algılanan kalite o kadar düşük olur (Grönroos 2005).

Müşteri memnuniyeti, müşterilerin hizmeti ne kadar olumlu kabul ettiğinin bir göstergesidir. Müşteri memnuniyeti, müşterileri elde tutmak için önemli bir faktör olarak çalışır. Müşterileri elde tutmak, uzun süre sadık kalmalarını sağlayarak şirkete daha fazla kar sağlamalarını sağlar. Sadık müşteriler başkalarına kurum ve hizmet kalitesi hakkında bilgi vermeyi severler ve bu da kulaktan kulağa yöntemiyle çok hızlı yayılmaktadır. İşletme, müşterinin görüşünü önemsemektedir. Müşterilerin hizmetlere daha fazla değer katmalarına ve daha fazla müşteri yaratmalarına yardımcı olacak önerileri alabilmektedir (Kotler 2009).

3.4.3 SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli

Cronin ve Taylor (1992) SERVQUAL ölçeğinin hizmet kalitesini veya müşteri memnuniyetini ölçmediğini savunmaktadır. Performansa dayalı hizmet kalitesi ölçümünün, hizmet kalitesi yapısını ölçmek için gelişmiş bir araç olabileceğini ileri sürmektedirler. Bu nedenle Cronin ve Taylor (1992) SERVQUAL'ın beklenti bölümünü kaldırmış ve sadece performansı ölçen SERVPERF adında yeni bir ölçek oluşturmuşlardır. Bu ölçek yalnızca tüketici algısı performansını ölçmeye çalışmaktadır. Cronin ve Taylor (1994) da SERVQUAL'in geçerlik ve güvenilirliğini araştırmışlar ve SERVPERF'in hizmet kalitesinin

ölçülmesine daha iyi hizmet ettiğini bulmuşlardır. Ayrıca, SERVQUAL'in tüm iş sektörlerine uymadığı, ancak SERVPERF'in uyduğu konusunda ısrar etmektedir.

3.5.Sağlık Hizmeti Kalitesini Etkileyen Unsurlar

Kalite, sağlık sektöründeki farklı paydaşlar için farklı anlamlara sahiptir. Sisteme hakim olmanın yolu, farklı paydaş beklentilerini dikkate almak ve izlemektir. Birçok yazar, hizmet sektöründe kalitenin önemi üzerinde çalışmış ve sonuç olarak müşterilerin karlılığı, artan pazar payı, müşteri memnuniyeti ve gelecekteki davranışları açısından olumlu bir ilişki olduğunu doğrulamıştır (Jain ve Gupta, 2004). Sağlık sektöründeki hastaneler bir yandan hizmet kalitesini artırmaya çalışırken, maliyetleri düşürme eğilimindedirler ve sürekli olarak kalite geliştirme programlarını talep etmektedirler. Farklı insanlara farklı düşünceler veya farklı anlamlar ifade eden kalite kavramı, bir hastane sistemine göre toplumun, hizmet satın alanların, çalışanların, hekimlerin ve hastaların beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak için sunulan hizmetlerde sürekli iyileştirmeyi içerir. Tedarikçilerin, hastaların ve hekimlerin farklı beklentileri arasında bir denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (McGlynn 1997)

3.6. Müşteri Memnuniyeti ve Sağlıkta Müşteri Memnuniyeti

Bu bölümde, müşteri memnuniyeti kavramıyla ilgili literatür bilgisine yer verilmiş ve literatürde sağlık sektöründe yer alan ve müşteri memnuniyetiyle ilişkili konulara yer verilmiştir.

3.6.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı

Müşteri memnuniyeti, müşterilerin hizmeti ne kadar olumlu kabul ettiğinin bir göstergesidir. Müşteri memnuniyeti, müşterileri elde tutmak için önemli bir faktör olarak çalışır. Müşterileri elde tutmak, uzun süre sadık kalarak şirkete daha fazla kar sağlar. Sadık müşteriler başkalarına işletme ve hizmet kalitesi hakkında bilgi vermeyi severler ve bu da kulaktan kulağa duyularak çok hızlı yayılır. İşletme, müşterinin görüşünü ve hizmetlere daha fazla değer katmalarına ve daha fazla müşteri kazanmalarına yardımcı olacak önerileri alabilmektedir. Bu nedenle müşteriler her işletmenin omurgasını veya paydaşlarını oluşturur ve memnuniyetleri iş hedeflerinin başarısını ve hayatta kalmasını sağlar. Basitçe söylemek gerekirse, müşteri

memnuniyeti kurumsal olarak hayatta kalmak için temel teşkil eder. Hizmetin kalitesine dikkat etmek, organizasyonları diğer organizasyonlardan ayırabilir ve kalıcı rekabet avantajı sağlayabilir (Kotler 2009).

Müşteri kalitenin hakimidir. Hem mevcut hem de gelecekteki müşteri ihtiyaçlarını anlamak ve değişen pazara ayak uydurmak, müşterileri dinlemek ve onlardan öğrenmek, rakiplerine ve memnuniyet ilişkilerine göre memnuniyetlerini ölçmek için etkili stratejiler gerektirir. Memnuniyet ve memnuniyetsizlik bilgileri oldukça önemlidir, çünkü bunları anlamak, işletmeyi sadakatle ödüllendiren memnun müşteriler yaratabilecek doğru gelişmelere yol açar. Memnuniyet; olumlu, ağızdan ağıza iltifat ve hizmet organizasyonuna marka bağlılığı gibi birçok şekilde ifade edilebilir. Çoğu zaman memnun tüketicilerin markaya sadık olacağı varsayılır. Müşteri memnuniyeti tekrarlı alımlara ve tekrarlı alımlar sadık müşterilere yol açar. Buna karşılık, müşterinin sadakati marka değerinin artmasına ve daha yüksek kâr elde edilmesine yol açar. Öte yandan, kabul edilebilir kalitenin tek ölçüsü, müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerinin objektif ve öznel yorumlarını dikkate alan müşteri memnuniyetidir. Müşteriler sunulan ürün ve hizmetlerden memnunlarsa, organizasyon sadece müşteri ihtiyaç ve beklentilerini doğru şekilde yorumlamakla kalmaz, aynı zamanda kabul edilebilir kalitede ürün ve hizmetler de sağlar (Evans 2007).

3.6.2. Sağlık Sektöründe Müşteri

Hastalar genellikle sağlık işletmelerinde birincil müşteri olarak tanımlansa da, büyük bir dış müşteri grubunu da oluştururlar. Akrabalar ve çevresi, refakatçiler, ziyaretçiler, diğer sağlık şirketleri, sözleşmeli kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi ekipman ve ilaç şirketleri, inşaat şirketleri, çamaşır yıkama işletmeleri, çiçek satıcıları, yükleniciler, kamu ve toplum sağlık hizmetlerinin diğer dış müşterileri örneğin işletmeler. Öte yandan, teknik personel ve destek personeli (laboratuvar teknisyeni, temizlikçi vb.), Sağlık profesyonelleri (uzmanlar, hekimler, hemşireler vb.), Üst düzey ve orta düzey yöneticiler, iş ortakları ve danışmanları sağlık kuruluşlarının iç müşterilerini içermektedir. Tüketiciler olarak hastalar hastaneleri çeşitli özellikler açısından değerlendirmektedir. Bu özellikler arasında hastane hizmetleri, kalite ve maliyetler yer alırken, hastanede çalışan

hekimler, tedavide kullanılan araçlar, sağlık planlaması, tedavi yöntemleri ve problem çözme yöntemleri yer almaktadır. Bu nedenle, hastaneler hastaların kim olduğunu belirlemeleri ve hasta ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılamak için gerekli kararlılığı göstermeleri gerekmektedir. Hastaların talep ve beklentileri hizmet kalitesini değerlendirmede önemli faktörlerdir, çünkü eğer sunulan sağlık hizmetleri yüksek kalitede ise veya hastanın istek ve ihtiyaçlarını karşılıyorsa, hasta o sağlık kurumunu seçecek ve kaliteli hizmet almaya devam ettiği için o kurumu tekrar tercih edecektir (Stephens 2011).

3.7. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Memnuniyetine Etki Eden Unsurlar

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

3.7.1. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti

Hizmet sağlayıcı girdileri ile sağlık hizmeti sonuçları arasındaki ilişkiyi anlamak için, hasta memnuniyeti düzeyi geniş ölçüde belirlenmelidir (Thiele, Bennett 2010). Sağlık hizmeti satın alan hastanın memnuniyeti sağlık kurumunun reklamını olumlu bir şekilde yansıtacağından, kalitenin iyileştirilmesinde her iki tarafta karşılıklı memnuniyetin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Müşteri memnuniyeti üzerine yapılan çalışmalar sonucunda sonuçlar, memnun müşterinin daha sadık, daha az şikâyetçi, tıbbi tedavi ve yüksek yaşam kalitesi algısı için daha fazlasını tamamlamaya istekli olabileceği görülmüştür (Thiele, Bennett 2010).

3.7.2. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Unsurlar

Sağlık sektöründe hasta memnuniyeti odaklanılan konuların merkezinde yer almaktadır (Thiele, Bennett 2010).

- İyi bir sağlık hizmeti deneyimi olan müşteriler, kötü deneyimi olanlardan daha memnun olma eğilimindedir.
- Memnun müşteriler sadık olma ve akrabalarına tavsiye etme, daha az şikâyet etme eğilimindedir

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ALGISI

Çalışmanın bu bölümü, Sivas, Yozgat illerindeki hastanelerde bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmadaki temel düşünce, bu iki şehirdeki sağlıklı yaşam kalitesinin bir göstergesi olan sağlık altyapı durumlarını hastane özelinde ortaya koymaktır. Bu çalışmada, Sivas ve Yozgat illerinde faaliyette bulunan ikisi kamu (Sağlık Bakanlığı'na bağlı) ikisi de üniversite olmak üzere toplam dört hastanede gerekli izinler alınarak, tedavi gören müşteriler (hastalar) tarafından, ilgili hastanelerdeki hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyete olan etkisini ölçmek üzere yapılmış bir araştırmayla ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Modeli ve Önemi

Araştırma geliştirilen bir model çerçevesinde yürütülmüştür. Bu kısımda araştırmanın modeli, önemi, amaçları, hipotezleri ve yöntemi açıklandıktan sonra araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilecektir.

4.1.1. Araştırmanın Modeli

Müşterilerin (hastaların) ilgili sağlık işletmesi (hastane) hakkındaki algılanan hizmet kaliteleri ölçülerek bu faktörlerle birlikte demografik faktörlerin müşteri (hasta) memnuniyetine etki düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır.

4.1.2. Araştırmanın Önemi

Piyasadan ve tüketicilerden başlayarak, her müşteriyi tanıyan ve bireysel çözümler sunan ve bunu yapmak için mal ve hizmetlerin müşteri çeşitliliğini göz önünde bulunduran tüm stratejilerin oluşturulduğu bir strateji anlayışı olan MİY'nin en önemli unsuru insandır. Bu stratejinin başarısı, bu stratejinin tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi ile yakından ilgilidir. İnsan unsurunun süreç ve teknolojiye entegrasyonu ile mükemmelleşen MİY'nin birçok sektörde hızla yayılması, sağlık sektöründe bir araştırma konusu olarak çekiciliğini artırmaktadır. Sağlık sektörünün

son yıllarda hızlı büyümesi ve MİY'nin pazarlamadaki büyümesi bu araştırmayı önemli yapmaktadır.

4.1.3.Araştırma Konusuyla İlgili Yapılmış Çalışmalar

Hizmet sektöründeki kalite düzeyi mallarda olduğu gibi somut olarak ölçülemez. Belli bir kalite seviyesini yakalamanın yanı sıra, ulaşılan seviyenin korunmasında da zorluklar vardır. Mevcut kalite seviyesini bilmek ve geliştirmek ancak mevcut kalite seviyesini ölçerek mümkündür. Hizmet kalitesini ölçmenin en etkili yolu, hizmeti satın alan tüketicilerin görüşlerinden istifade etmektir. Hizmet kalitesi, hizmeti satın alan müşteri tarafından değerlendirilmeye çalışıldığında, mallardan farklı olarak, çeşitli fiziksel özellikleri incelemek yerine, hizmetin sağlandığı ortamı, kullanılan araç ve gereçleri ve personel davranışı gibi anında izlenen özellikleri dikkate almak gerekir (Bircan, Baycan 2004).

Yapılan literatür incelemesinde, sağlık işletmelerinde MİY, hizmet kalitesi ve memnuniyet konularında farklı çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışmalardan bazıları şöyledir:

Dodson (1996) tarafından yapılan doktora tezinde, hastane yöneticilerinin hastane hizmet kalitesinin hastaların memnuniyet düzeylerine göre etkileri incelenmiş ve aralarında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Peltier ve ark. (2002)'de doğum yapan kadınların ve ailelerinin sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır. Hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında sosyal ve yapısal bağların olduğu sonucu çıkarılmıştır. Doğum öncesi, doğum sırasında ve sonrasında hastalar ilişkilerde karar sürecine katılırsa, ilişkinin güven ve bağlılık boyutları artmaktadır. Bu bağlamda, müşteri sadakati, hemşirelerin ve hekimlerin hizmet düzeylerinin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmıştır. Doğum öncesi hizmetlerde hekim ve hasta arasındaki ilişki düzeyi önemli olmakla birlikte, doğumdan sonra hemşire ve hasta arasındaki ilişki düzeyi daha önemlidir.

Cheng ve ark. (2006)'da, sağlık sektöründeki rekabetin en önemli algısının kalite olduğunu ifade etmişlerdir. 2002 yılında Tayvan'da ulusal düzeydeki hastalar

üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık hizmetlerine olan temel ilgi alanının fiyattan daha çok bakım sürecinin kalitesi olduğu belirtilmiştir.

Rahmqvist ve Bara (2010) İsveç'teki çalışmalarında algılanan hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi hastaların demografik özellikleri açısından incelemiştir. 20 yaş ve üstü hastalarla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, acil serviste genç hastaların (% 54) yaşlı hastalardan daha az memnun olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, düşük eğitim düzeyine sahip hastaların memnuniyetinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Cronin ve Taylor (1992), Oliver (1980) ve Taylor ve Baker (1984)'e göre, memnuniyet ve satın alma niyeti arasında pozitif bir ilişki mevcuttur. Memnun olan müşteriler aynı hizmete tekrar ihtiyaç duyduklarında, bu servis sağlayıcılarını tercih etmişlerdir.

Bal ve ark. (2002) 2001 yılında yapmış oldukları çalışmada, hastaların sosyal güvenlik ve sağlanan iyi hizmet nedeniyle hastanelerden sağlık hizmeti almayı tercih ettikleri belirlenmiştir. Hastaların devlet hastanelerini tercih etmelerinde en önemli kriterin sağlık hizmetleri olduğu ve özel ve üniversite hastanelerini tercih etmenin en önemli ölçütünün daha iyi hizmet verebileceği olduğu ifade edilmiştir.

Yağcı ve Duman (2006) Mersin'deki hastane türlerine göre hastaların kalite algılarını ve memnuniyet düzeylerini poliklinik hastalarına göre incelemiştir. Araştırmada kalite boyutları; Ön muayene hizmetleri, tıbbi hizmetler, kişisel ihtiyaçları karşılama, muayene hizmetleri ve fiziksel görünüm bulunurken, özel hastaneler birinci, üniversite hastaneleri ikinci ve devlet hastaneleri en iyi hizmet sıralamasında üçüncü sırada yer almaktadır.

Günel (2007) tarafından hazırlanan çalışmada, hastaların memnuniyeti konusunda önemli hususlar vurgulanmıştır. Memnuniyet noktalarına göre iyileştirilmesi gereken alanlar arasında; tuvalet temizliği, bekleme odasındaki koltuk sayısı, laboratuvarlarda kuyruk bekleme süresi ve radyolojide kuyruk bekleme süreleridir. Toplam bekleme süresi azaltılarak hasta memnuniyetinin artırılacağı sonucu ortaya çıkarılmıştır.

Tınmaz (2008) çalışmasında, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde tedavi edilen hastaların ve yakınlarının memnuniyet düzeyleri ve bunu etkileyen faktörleri ortaya çıkarmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, beklenti düzeyleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki fark sırasıyla en fazla; hekimler, fiziksel çevre ve hemşireler gruplarında olduğu görülmüştür. Diğer taraftan, farkları en düşük olan gruplar sırasıyla; radyoloji hizmetleri ve rehberlik / bilgi Hizmetleri. Ayrıca çalışma kapsamında hasta beklentileri ve memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmış; Cinsiyet, yaş ve eğitim grupları arasında beklentiler ve memnuniyet puanları arasında farkın olmadığı belirtilmiştir.

Servqual Modeli, Ariffin ve Aziz (2008) tarafından sağlık işletmelerine uyarlanmış ve Hospiqua model (sağlık işletmeleri için hizmet kalite modeli) oluşturulmuş ve Malezya'daki sağlık işletmeleri bu model üzerinden değerlendirilmeye alınmıştır.

Carman (2000)'de, sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesi iki boyutta incelenmiştir. Bu boyutlar; teknik ve konaklama boyutları olarak belirtilmiştir. Teknik boyut; hekim ve hemşire hizmetlerini içerir. Konaklama boyutu; sağlık kuruluşunun yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik ve park alanı gibi faktörler ortaya konulmuştur.

4.2.Araştırmanın Amaçları

Bu başlık altında araştırmanın temel ve alt amaçları belirtildikten sonra araştırmada test edilecek hipotezlere yer verilmiştir.

4.2.1.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı sağlık işletmelerinden(hastanelerden) hizmet alan müşterilerin(hastaların) memnuniyetlerini etkileyen faktörleri ve bunların önem derecelerini tespit etmek, söz konusu faktörlerin etkisinin üniversite, numune ve şehir hastaneleri açısından farklı olup olmadığını belirlemektir.

4.2.2.Araştırmanın Yöntemi

Araştırmadan elde edilen sonuçlarının etkin ve tutarlı bir şekilde ortaya konulabilmesi araştırma sürecinde izlenen yöntemle doğrudan ilgilidir. Bu nedenle

araştırma yönteminin açıklanması elde edilen verilerin değerlendirilmesi bakımından önemlidir. Aşağıda araştırma kapsamına alınan sağlık işletmelerinin seçilmesi, anket formlarının hazırlanması, cevaplanan anketlerin kodlanması ve verilerin analiz edilmesinde kullanılan yöntemler hakkında bilgi verilecektir. Uygulanılacak araştırma yöntemi sırasıyla şu şekildedir:

- Literatür İncelemesi
- Araştırmanın Hipotezlerinin Belirlenmesi
- Araştırmaya Dahil Edilecek Hastanelerin Seçilmesi
- Anket Formunun Hazırlanması ve Uygulanması
- Verilerin Kodlanması ve Düzenlenmesi
- İstatistiksel Analizlerin Yapılması
- Sonuçların Değerlendirilmesi

4.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 12.06.2019 ve 29.06.2019 tarihleri arasında, Sivas ilinde, Sivas Numune Hastanesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Yozgat ilinde ise, Yozgat Numune Hastanesi ve Bozok Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesine tedavi ve kontrol amaçlı gelen toplam 18500 hasta oluşturmaktadır.

4.3.Örnekleme Süreci

Araştırmanın ana kitlesini Sivas ve Yozgat illerinde faaliyet gösteren Kamu (Üniversite-Şehir-Numune) hastanelerinde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Bu ana kitleden belirli ölçütlere göre seçim yapılmıştır. Örnekleme süreci iki basamakta gerçekleştirilmiştir. Birinci basamakta, araştırmaya konu olacak hastaneler belirlenmiştir. İkinci basamakta ise bu hastanelerde tedavi gören hastalar arasından rasgele örnekleme yöntemine göre seçim yapılarak örnek bireylere ulaşılmıştır.

Evrendeki eleman sayısının bilindiği durumlarda, örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{N.p.q.t_{\alpha}}{(N-1)\alpha^2 + t_{\alpha}^2.p.q}$$

N=Evrendeki birey sayısı

n= Örneklemeye alınacak birey sayısı

p=İncelenecek olayın görülme sıklığı (olasılığı)

q=İncelenecek olayın görülmemesi sıklığı (1-p)

t=Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer. $t_{(n-1);0,5}$: t tablo değeri

α = olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma olarak simgelenmiştir.

Değerlerin formüldeki yerine yerleştirilmesiyle, %95 güven aralığında 377 hasta, %98 güven aralığında 527 hasta ve %99 güven aralığında en az 641 hastanın örneklemeye dahil edilmesi gerektiği görülmüştür.

4.3.1.Araştırma için Hastanelerin Belirlenmesi

Araştırma için Sivas ve Yozgat ilinde bulunan iki üniversite iki devlet hastanesi olmak üzere toplam dört hastane seçilmiştir.

4.3.1.1.Araştırma Yapılan Hastaneler

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaneler hakkında bilgiler sunulacaktır.

4.3.1.1.1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi 5 Nisan 1973 tarihinde Cumhuriyetin 50. Yılı anısına kurulmuştur. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinin temeli 11 Eylül 1975 yılında atılmış ve 1992 yılının sonlarında hizmete açılmıştır. Merkez bina 100 000 m² kapalı alan, 7 blok ve 14 kattan oluşmaktadır. Hastanenin toplam kapalı alanı 113.585 m² ve toplam yatak kapasitesi 1050'dir. Kapalı alan ve yatak kapasitesi açısından ülkenin en büyük üniversite hastanelerinden biridir. Hastane sadece Sivas'a değil bölgesel olarak Tokat, Yozgat, Erzincan ve diğer komşu illerden gelen hastalara da hizmet vermektedir (<http://hastaneler.cumhuriyet.edu.tr/>).

Kurulduğu günden bu yana evrensel tıbbi etik kurallarını ilke edinmiş, insan ve hasta haklarına saygılı, sürekli iyileşmeyi ve gelişmeyi amaçlayan, çalışan

memnuniyetini önemseyen bir yöntem anlayışı ile ülke ve bölgesine hizmet etmektedir. Verdiği kaliteli sağlık hizmetlerinin yanı sıra Tıp Fakültesi bir uygulama alanı olması sebebiyle günümüze kadar binlerce pratisyen ve uzman hekim yetiştirmiştir. Yetiştirdiği öğretim üyeleri ile dünya tıp literatüründeki değişiklikleri anında takip edebilmekte, yatarak tedavi gören ve ameliyat edilen hastalarını 7 gün 24 saat ilgili branş hekimleriyle kesintisiz izlemekte, bütün bu hizmetlerin yanı sıra yaptığı bilimsel çalışmalarla ülke ve dünya tıbbına da katkıda bulunmayı sürdürmektedir. Modern tıbbi cihazlarla donanmış Mikrobiyoloji, Biyokimya, Patoloji, Hematoloji, Parazitoloji laboratuvarları, radyoloji ve nükleer tıp departmanları, 14 ameliyathanesi, merkezi sterilizasyon birimi, yenilenerek yatak kapasiteleri artırılan merkezi yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım üniteleri, hemodiyaliz ve periton diyaliz merkezi ve ağrı kliniği ile verilen sağlık hizmeti her geçen gün daha iyiye, daha kaliteliye doğru devam etmektedir (<http://hastaneler.cumhuriyet.edu.tr/>).

Hastane Türkiye'deki üniversite hastaneleri arasında hizmette bir ilk olarak, şehir merkezinden 30 km uzaklıkta, sıcak çermik kaplıca bölgesinde, 5 katlı, 100 yatak kapasiteli Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi ile sadece bölgenin değil ülkenin her yerinden gelen hastaları tedavi etmektedir. 2006 yılında hizmete açılan radyasyon onkoloji hastanesi bölgede kanser hastalarının ihtiyaç duydukları önemli bir açığı kapatmıştır. Barındırdığı modern radyoterapi cihazları ile her gün onlarca kanser hastaları radyoterapi görmektedir. En son olarak 2008 yılında açılışı yapılan Kalp Hastalıkları bölümü tıbbi ve cerrahi tedavi yapmaktadır. Son nesil anjiyografi cihazları, iki ameliyathanesi, kardiyooloji ve kalp cerrahisi yoğun bakım üniteleri ile hizmet vermektedir. Bölgenin acil tedavi gerektiren yüksek riskli çocuk ve erişkin hastalar için acil polikliniğinde kaliteli hizmet verilmektedir. Hastane 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “bebek dostu hastanesi” ünvanı almıştır (<http://hastaneler.cumhuriyet.edu.tr/>)

ISO-9001-2008 kalite yönetim sistemi belgeli hastane sürekli yenilenmeyi, hasta ve çalışan memnuniyetini birincil görev olarak amaçlamaktadır. Kalite Yönetim Birimi kaliteli sağlık hizmeti sunma, çalışmalarımıza yön veren “hasta ve çalışan memnuniyet” anket çalışmaları yapılmakta ve alınan sonuçlar doğrultusunda iyileşme çalışmaları planlanmaktadır. Hastanede polikliniklere müracaat eden

hastalar, telefonla ve internetten randevu alabilmekte (randevu için tıklayınız), muayene odalarında, kan alma merkezinde kullanılan hastane otomasyon ve barkod sistemi ile kısa zamanda işlemlerini tamamlayabilmektedir. Hastalar hastane web sayfası üzerinden laboratuvar sonuçlarını (laboratuvar sonuçları için tıklayınız) evlerinden görebilmekte, hastane işleyişi ve hekimlerimizin hakkında bilgi alabilmektedir. Hasta Hakları Birimi görevlilerince hastaların önerileri ve dilekleri birim tarafından dinlenilerek kısa sürede çözüme ulaşmaktadır. Hastanenin fiziksel alt yapısı sürekli yenilenmekte, yatan hasta konforunu artırmak amacıyla otelcilik hizmetleri büyük bir titizlikle her geçen gün ileriye götürülmektedir. Hastane, kaynaklarının önemli bir kısmını hasta memnuniyetini artırmak amacıyla iyileşme faaliyetlerine ayırmaktadır. Hasta odalarının önemli kısmında hasta pozisyonuna ayarlanabilir yataklar, televizyon, buzdolabı, hemşire çağrı sistemi, genel odalarda refakatçi koltukları bulunmaktadır. Ayrıca hasta ve yakınlarının ihtiyaçları düşünülerek hazırlanan kantinlerde 24 saat hizmet verilmektedir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi verdiği sağlık hizmet kalitesini her geçen gün artırmaya çalışmaktadır. Hedef bölgede ve ülkede aranan, örnek alınan lider bir kuruluş olmaktır. Beklenen en büyük ödül halkın beğenisi ve güvenidir (<http://hastaneler.cumhuriyet.edu.tr/>)

4.3.1.1.2.Sivas Numune Hastanesi

Dr. Sırrı Alıçlı tarafından aktarıldığı üzere, “1910 yılında Vali Muammer Bey döneminde Memleket Hastanesi yapılması planlanmış, Kabak yazısında oldukça büyük bir hastane binası yaptırmışsa da gerek bina yapısı gerekse de pencerelerin küçüklüğü nedeniyle bina hastane olarak kullanılamamış, okul olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1913 yılında Memleket Hastanesi, Ermeni Hastanesi ile birleştirilerek binanın yetersizliği nedeniyle Amerikan Hastanesi olarak kullanılan binaya geçilmiştir. 1924 yılında ise Numune Hastanesi olarak isimlendirilmiştir. 1932 yılında bu bina yanmıştır.” Yangından sonra Numune Hastanesi farklı binalarda hizmet vermiştir. 1952 yılında Rahmi Günay Caddesindeki bina hizmete girmiştir (<https://sivasnumunedh.saglik.gov.tr/>)

1965-1970 yılları arasında eğitim hastanesi olarak da hizmet veren hastane 2003 yılında 100 yataklı Göğüs Hastanesi ve 100 Yataklı Doğum ve Çocuk

Bakımevi Hastanesi ile birleşerek 900 yataklı Sivas Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi adını almıştır. Hastane 2007 yılında tekrar Sivas Numune Hastanesi olarak değiştirilmiştir. 19 Ekim 2015 tarihinde yeni binasında resmi olarak hizmete başlayan hastane 2015 yılı Aralık ayında Sivas Devlet Hastanesi ile birleşerek 905 yatak ile hizmet vermektedir. Hastane hali hazırda İstasyon, Mehmetçik ve TRSM ek binaları ile 3 ayrı yerleşkede hizmet vermektedir. Hastanenin misyonu, hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyet önceliğiyle bilimsel temele dayalı güvenilir, ekonomik, hızlı, kaliteli ve güler yüzlü sağlık hizmeti vermek olarak açıklanmıştır (<https://sivasnumunedh.saglik.gov.tr/>).

Hastanenin temel ilke ve değerleri;

- Etik değerlerden ödün vermemek
- Adaletli, saygılı, dayanışma içerisinde ve insan odaklı olmak
- Yeni fikir ve projelerle geliştirerek kurumun değerini artırmak
- Tüm faaliyetlerde iş sağlığı ve güvenliğini öncelikli tutmak

4.3.1.1.3.Yozgat Bozok Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Yapımına 2016 yılında başlanan Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin yapımı tamamlanarak hizmete girmiştir. Daha önce şehir merkezinde bulunan ve yeterli kapasiteye sahip olmayan binada kısmi hizmetler verilirken yeni yapılan Tıp Fakültesi Morfoloji Binası ve Araştırma Uygulama Hastanesi ile birlikte 210 yataklı servisi, 50 yataklı yoğun bakım ünitesi ve 9 ameliyathane bulunmaktadır. 2007 yılında kurulan tıp fakültesinin, okul binası ve öğretim üyesi yetersizliği sıkıntıları nedeniyle öğrencileri Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitimini eğitim görürken 2016 yılı itibari ile Yozgat'ta öğrenimlerini sürdürmeye başlamışlardır. Yapılan yeni hastane binası ile Tıp Fakültesi'nde eğitim gören öğrencilerin hem eğitim hayatları, hem de uygulama çalışmaları için en önemli sorun çözülmüştür (<https://hastane.bozok.edu.tr/>).

4.3.1.1.4.Yozgat Şehir Hastanesi

2017 Yılında yapımı tamamlanan Yozgat ve çevre illerin hizmetine sunulan Yozgat Şehir Hastanesi 141.120 m² toplam alana sahiptir. Bu alanın 136.848 m²'si ana hastane, 42.532 m²'si otopark, 4.272 m²'si teknik bina olarak hizmet

vermektedir. Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde aşağıdaki tesisler ve bölümler bulunmaktadır (<https://yozgatsehir.saglik.gov.tr/>);

- 113 poliklinik odası,
- 27 yatak kapasiteli Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesi,
- 33 yatak kapasitesi Yoğun Bakım ünitesi (bunlardan 5 yatak İzole Yoğun Bakım ünitesidir),
- 20 diyaliz ünitesi,
- 393 akut yatak kapasitesi,
- Tutuklu hastalar için zemin katta bağımsız bir girişe sahip 8 (4 erkek, 4 kadın) akut yataklı servis,
- Ameliyathanelerin yanında 18 yataklı hasta hazırlık ve 18 yataklı hasta uyanma alanı,
- 15 ameliyathane odası (13 Ameliyathane + 2 Gün Ameliyathanesi),
- 2 anjiyo ünitesi,
- 10 kişilik bir kemoterapi ünitesi,
- Bir fizyoterapi merkezi,
- Bir nükleer tıp ünitesi,
- 8 adet Sancı-Doğum-Loğusa (LDRP) yatağı,
- Bir radyoloji bölümü,
- Teknik bina,
- Atık depolama binası,
- Bahçe su deposu,
- Bir konferans salonu.

Hastanedeki Teşhis Tedavi Bölümleri;

Endoskopi ünitesi, Radyoloji bölümü, Nükleer tıp, Ameliyathane, Anjiyo/Kardiyak Kateter Labı, Acil Servis, Hemodiyaliz Merkezi, Fizyoterapi Merkezi, Sterilizasyon Bölümü, İleri Düzey Patoloji Birimi, Ketem, Kemoterapi.

Destek Hizmet Bölümleri;

Konferans Merkezi, Ana giriş holü, Kafe, Hasta Yakınları Bekleme-Kafe, Arşiv, Laboratuvarlar, Kan Merkezi, Yemekhane, Mutfak, Morg, Eczane, Çamaşırhane, Personel Dinlenme-Yemekhane, Merkezi Mutfak, İdari İşlevler.

Teknik Hizmetler;

Otopark, Teknik Merkez, Sığınak, Atölyeler, Depolar.

4.4.Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmada Emin Babakus ve W. Glynn Mangold tarafından geliştirilmiş olan **SERVQUAL (Hizmet Kalitesi)** ölçeğinin hastane hizmetlerine uyarlanma şekli kullanılmıştır. Müşteri(Hasta) memnuniyetiyle ilgili dört soruluk ölçek için Şükru Yapraklı ve Erkan Sağlık tarafından yazılan ve 2010 yılında yayımlanan “*Hizmet İşletmelerinde Rekabet Aracı Olarak Hizmet Kalitesi ve İlişki Kalitesi: Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama*” makalesinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda demografik verilerin her altı faktöre göre farkındalık düzeyleri tespit edilerek demografik verilerin alt gruplarına göre farklılıkları test edilecektir. Aşağıda kurulan hipotezler detaylı bir şekilde verilmiştir. Ayrıca faktörlerin ortalamaları tespit edilerek literatürde benzer çalışmalar ile karşılaştırmaları ortaya koyulacaktır.

Araştırmanın temel amacı ışığında araştırmaya ilişkin olarak geliştirilen hipotezler şu şekildedir:

Hipotez 1:

H₁: Hastaların Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati, Memnuniyet faktörlerinde **cinsiyete** göre algılarında farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 2:

H₁: Hastaların Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati, Memnuniyet faktörlerinde **poliklinik türüne** göre algılarında farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 3:

H₁: Hastaların Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati, Memnuniyet faktörlerinde **yaşa** göre algılarında farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 4:

H₁: Hastaların Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati, Memnuniyet faktörlerinde **eğitime** göre algılarında farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 5:

H₁: Hastaların Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati, Memnuniyet faktörlerinde **İş durumuna** göre algılarında farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 6:

H₁: Hastaların Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati, Memnuniyet faktörlerinde **gelire** göre algılarında farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 7:

H₁: Hastaların Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati, Memnuniyet faktörlerinde **hastaneye** göre algılarında farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 8:

H₁: Memnuniyet, Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence ve Empati faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Hipotez 9:

H₁: Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati faktörleri **Memnuniyet** faktörünü etkilemektedir.

4.5. Demografik bulgulara Göre Dağılımlar

Tablo 1: Cinsiyete Göre Dağılım

Cinsiyet	Frekans	Yüzde(%)
Kadın	437	54,6
Erkek	363	45,4
Toplam	800	100,0

Tablo 1'e bakıldığında ankete katılanların sayısı 800 kişi olup, ankete katılan kadın sayısı 437 kişi ile katılımcıların %54,6'sını ve ankete katılan erkek sayısı 363 kişi ile katılımcıların %45,4'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 2: Polikliniğe Göre Dağılım

Poliklinik	Frekans	Yüzde(%)
Cerrahi	386	48,3
Dahili	414	51,7
Toplam	800	100,0

Tablo 2'e bakıldığında ankete katılanların sayısı 800 kişi olup, ankete katılan cerrahi poliklinik hastası 386 kişi ile katılımcıların %48,3'ünü ve ankete katılan dahili poliklinik hastası 414 kişi ile katılımcıların %51,7'sini oluşturmaktadır.

Tablo 3: Hastaneye Göre Dağılım

Hastane	Frekans	Yüzde(%)
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi	200	25,0
Sivas Numune Hastanesi	200	25,0
Yozgat Bozok Üniversitesi Hastanesi	200	25,0
Yozgat Şehir Hastanesi	200	25,0
Toplam	800	100,0

Tablo 3'e bakıldığında ankete katılan sayısı 800 kişi olup ankete katılan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi hastaları 200 kişi ile %25'ini, ankete katılan Sivas Numune Hastanesi hastaları 200 kişi ile %25'ini, ankete katılan Yozgat Bozok

Üniversitesi Hastanesi hastaları 200 kişi ile %25'ini, ankete katılan Yozgat Şehir Hastanesi hastaları 200 kişi ile %25'ini, oluşturmaktadır.

Tablo 4: Yaşa Göre Dağılım

Yaş	Frekans	Yüzde(%)
18-28	227	28,4
29-39	221	27,6
40-50	168	21,0
51 +	184	23,0
Toplam	800	100,0

Tablo 4'e bakıldığında ankete katılan sayısı 800 kişi olup, ankete katılan 18-28 yaş hastalar 227 kişi ile %28,4'ünü, ankete katılan 29-39 yaş hastalar 221 kişi ile %27,6'sını, ankete katılan 40-50 yaş hastalar 168 kişi ile %21,0'ını ve ankete katılan 51 yaş ve üzeri hastalar 184 kişi ile %23'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 5: Eğitime Göre Dağılım

Eğitim	Frekans	Yüzde(%)
Okuryazar değil	38	4,8
İlköğretim	279	34,9
Lise	231	28,9
Lisans ve Üstü	252	31,5
Toplam	800	100,0

Tablo 5'e bakıldığında ankete katılan sayısı 800 kişi olup, ankete katılan okuryazar değil eğitim durumu 38 kişi ile %4,8'ini, ankete katılan ilköğretim eğitim durumu 279 kişi ile %34,9'unu, ankete katılan lise eğitim durumu 231 kişi ile %28,9'unu ve ankete katılan lisans ve üstü eğitim durumu 252 kişi ile %31,5'ini oluşturmaktadır.

Tablo 6: İş Durumuna Göre Dağılım

İş Durumu	Frekans	Yüzde(%)
Memur	111	13,9
İşçi	110	13,8
Serbest Meslek	121	15,1
Öğrenci	120	15,0
Emekli	73	9,1
Ev Hanımı	265	33,1
Toplam	800	100,0

Tablo 6'ya bakıldığında ankete katılan sayısı 800 kişi olup, ankete katılan Memur iş durumu 111 kişi ile %13,9'unu, ankete katılan işçi iş durumu 110 kişi ile %13,8'ini, ankete katılan serbest meslek iş durumu 121 kişi ile %15,1'ini, ankete katılan öğrenci iş durumu 120 kişi ile %15'ini, ankete katılan emekli iş durumu 73 kişi ile %9,1'ini ve ankete katılan ev hanımı iş durumu 265 kişi ile %33,1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 7: Gelir Durumuna Göre Dağılım

Gelir (TL)	Frekans	Yüzde(%)
1499 -	256	32,0
1500 – 2499	215	26,9
2500 – 3499	157	19,6
3500 – 4499	86	10,8
4500+	86	10,8
Toplam	800	100,0

Tablo 7'ye bakıldığında ankete katılan sayısı 800 kişi olup, ankete katılan 1499 ve altı gelir durumu 256 kişi ile %32'sini, ankete katılan 1500-2499 gelir durumu 215 kişi ile %26,9'unu, ankete katılan 2500-3499 gelir durumu 157 kişi ile %19,6'sını, ankete katılan 3500 - 4499 gelir durumu 86 kişi ile %10,8'ini ve ankete katılan 4500 ve üzeri gelir durumu 86 kişi ile %10,8'ini oluşturmaktadır.

4.6.Verilerin Güvenilirliđi

Tablo 8: Ölçeklerin ve Maddelerin Cronbach α katsayıları

Faktörler	Maddeler	Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı (α)
Fiziki Yapı	1,2,3	0,776
Güvenilirlik	4,5,6	0,752
Duyarlılık	7,8,9	0,861
Güvence	10,11,12,13	0,875
Empati	14,15	0,916
Memnuniyet	16,17,18,19	0,942
Toplam	19 Madde	0,965

Tablo 8'e bakıldığında Cronbach α katsayılarına göre yapılan iç tutarlılık düzeyi, kullanılan ölçeğin faktörler açısından aynı zamanda ölçeğin bütünü olarak oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

4.6.1. Verilerin Normallik Analizi

Verilerin normal dağılımdan gelip gelmediğini kontrol etmek için Kolmogrov – Simirnov testi kullanılmıştır. Veriler normal dağılımdan geldiği için parametrik testlerle analizlere devam edilmiştir.

4.7.Faktörlerin Cinsiyete Göre Analizi

Cinsiyete göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelenecektir. Bu kapsamda iki grup karşılaştırmasında kullanılan bağımsız gruplar t testi yapılmış olup sonucu tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Faktörlerin Cinsiyete t Testi Sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	P
Fiziki Yapı	Kadın	437	3,70	1,204	1,27	0,693
	Erkek	363	3,59	1,242		
Güvenilirlik	Kadın	437	3,64	1,217	1,39	0,741
	Erkek	363	3,52	1,249		
Duyarlılık	Kadın	437	3,38	1,426	-0,15	0,088
	Erkek	363	3,39	1,367		
Güvence	Kadın	437	3,52	1,277	1,03	0,505
	Erkek	363	3,43	1,261		
Empati	Kadın	437	3,35	1,556	0,90	0,143
	Erkek	363	3,25	1,473		
Memnuniyet	Kadın	437	3,56	1,487	1,82	0,393
	Erkek	363	3,36	1,548		

Tablo 9'daki t testi bulgularına göre katılımcıların "Fiziki Yapı" faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,27$; $p>0,05$). "Güvenilirlik" faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,39$; $p>0,05$). "Duyarlılık" faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=-0,15$; $p>0,05$). "Güvence" faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,03$; $p>0,05$). "Empati" faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=0,90$; $p>0,05$). "Memnuniyet" faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,82$; $p>0,05$).

Cinsiyete göre faktörlerin herhangi bir farklılık göstermediği yapılan t testi sonuçlarına göre tespit edilmiştir.

4.8.Faktörlerin Polikliniğe Göre Analizi

Tablo 10: Faktörlerin Polikliniğe Göre t Testi Sonuçları

Faktörler	Poliklinik Türü	N	\bar{X}	Ss	t	P
Fiziki Yapı	Cerrahi	386	3,57	1,196	1,73	0,084
	Dahili	414	3,72	1,242		
Güvenilirlik	Cerrahi	386	3,59	1,203	0,16	0,867
	Dahili	414	3,58	1,260		
Duyarlılık	Cerrahi	386	3,44	1,296	1,15	0,249
	Dahili	414	3,33	1,487		
Güvence	Cerrahi	386	3,53	1,209	1,14	0,253
	Dahili	414	3,43	1,323		
Empati	Cerrahi	386	3,38	1,403	1,31	0,191
	Dahili	414	3,24	1,617		
Memnuniyet	Cerrahi	386	3,49	1,454	0,41	0,678
	Dahili	414	3,45	1,575		

Tablo 10'daki t testin bulgularına göre katılımcıların "Fiziki Yapı" faktöründe polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,73$; $p>0,05$). "Güvenilirlik" faktöründe polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=0,16$; $p>0,05$). "Duyarlılık" faktöründe polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,15$; $p>0,05$). "Güvence" faktöründe polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,14$; $p>0,05$). "Empati" faktöründe polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=1,31$; $p>0,05$). "Memnuniyet" faktöründe polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=0,41$; $p>0,05$).

Polikliniğe göre, faktörlerin herhangi bir farklılık göstermediği yapılan t testi sonuçlarına göre tespit edilmiştir.

4.9.Faktörlerin Yaşa Göre Analizi

Tablo 11: Faktörlerin Yaşa Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Fiziki Yapı	Gruplar Arası	19,605	3	6,535	4,433	0,004
	Gruplar İçi	1173,549	796	1,474		
	Toplam	1193,153	799			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	21,825	3	7,275	4,858	0,002
	Gruplar İçi	1192,140	796	1,498		
	Toplam	1213,964	799			
Duyarlılık	Gruplar Arası	29,233	3	9,744	5,056	0,002
	Gruplar İçi	1534,050	796	1,927		
	Toplam	1563,284	799			
Güvence	Gruplar Arası	22,879	3	7,626	4,793	0,003
	Gruplar İçi	1266,580	796	1,591		
	Toplam	1289,460	799			
Empati	Gruplar Arası	52,316	3	17,439	7,751	0,000
	Gruplar İçi	1790,864	796	2,250		
	Toplam	1843,180	799			
Memnuniyet	Gruplar Arası	37,907	3	12,636	5,580	0,001
	Gruplar İçi	1802,641	796	2,265		
	Toplam	1840,549	799			

Tablo 11'deki ANOVA testi bulgularına göre "Fiziki Yapı" faktöründe katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=4,443; p<0,05). "Güvenilirlik" faktöründe katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=4,858; p<0,05). "Duyarlılık" faktöründe katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=5,056; p<0,05). "Güvence" faktöründe katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=4,793; p<0,05). "Empati" faktöründe katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık

göstermektedir. (F=7,751; $p<0,05$). “Memnuniyet” faktöründe katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=5,580; $p<0,05$).

Tablo 11’de verilen bilgiler doğrultusunda yaş gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen **Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati ve Memnuniyet** faktörlerinde farklılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığı belirlemek için sırayla homojenlik testi ve çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan homojenlik testi Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Faktörlerin Yaşa Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Fiziki Yapı	,920	3	796	0,431
Güvenilirlik	,794	3	796	0,497
Duyarlılık	1,272	3	796	0,283
Güvence	1,445	3	796	0,228
Empati	1,153	3	796	0,327
Memnuniyet	1,855	3	796	0,136

Tablo 12’deki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre **Fiziki Yapı** faktörünün puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,431>0,05$). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Güvenilirlik** faktörünün puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,497>0,05$). Buna göre güvenilirlik faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Duyarlılık** faktörünün puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,283>0,05$). Buna göre duyarlılık faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Güvence** faktörünün puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,228>0,05$). Buna göre güvence

faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Empati** faktörünün puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,327>0,05$). Buna göre empati faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Memnuniyet** faktörünün puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,136>0,05$). Buna göre memnuniyet faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır.

Yapılan Tukey testi bulguları ve gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri sırası ile Tablo 13 ve Tablo 14’de verilmiştir.



Tablo 13: Yaş Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Faktör	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Fiziki Yapı	18-28	29-39	,14068	0,610
		40-50	-,14588	0,639
		51 +	-,27701	0,099
	29-39	18-28	-,14068	0,610
		40-50	-,28656	0,098
		51 +	-,41768*	0,003
	40-50	18-28	,14588	0,639
		29-39	,28656	0,098
		51 +	-,13112	0,742
	51 +	18-28	,27701	0,099
		29-39	,41768*	0,003
		40-50	,13112	0,742
Güvenilirlik	18-28	29-39	,00880	1,000
		40-50	-,24268	0,209
		51 +	-,38140*	0,009
	29-39	18-28	-,00880	1,000
		40-50	-,25148	0,186
		51 +	-,39020*	0,008
	40-50	18-28	,24268	0,209
		29-39	,25148	0,186
		51 +	-,13872	0,713
	51 +	18-28	,38140*	0,009
		29-39	,39020*	0,008
		40-50	,13872	0,713
Duyarlılık	18-28	29-39	-,02237	0,998
		40-50	-,32081	0,106
		51 +	-,44650*	0,007
	29-39	18-28	,02237	0,998
		40-50	-,29844	0,154
		51 +	-,42413*	0,012
	40-50	18-28	,32081	0,106
		29-39	,29844	0,154
		51 +	-,12569	0,831
	51 +	18-28	,44650*	0,007
		29-39	,42413*	0,012
		40-50	,12569	0,831
Güvence	18-28	29-39	,02324	0,997
		40-50	-,24877	0,213
		51 +	-,37991*	0,013
	29-39	18-28	-,02324	0,997
		40-50	-,27200	0,152
		51 +	-,40315*	0,008
	40-50	18-28	,24877	0,213

Faktör	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
		29-39	,27200	0,152
		51 +	-,13115	0,764
	51 +	18-28	,37991*	0,013
		29-39	,40315*	0,008
		40-50	,13115	0,764
Empati	18-28	29-39	,04428	0,989
		40-50	-,32153	0,152
		51 +	-,58758*	0,000
	29-39	18-28	-,04428	0,989
		40-50	-,36582	0,081
		51 +	-,63186*	0,000
	40-50	18-28	,32153	0,152
		29-39	,36582	0,081
		51 +	-,26605	0,345
	51 +	18-28	,58758*	0,000
		29-39	,63186*	0,000
		40-50	,26605	0,345
Memnuniyet	18-28	29-39	-,01340	1,000
		40-50	-,32488	0,147
		51 +	-,51775*	0,003
	29-39	18-28	,01340	1,000
		40-50	-,31148	0,181
		51 +	-,50435*	0,005
	40-50	18-28	,32488	0,147
		29-39	,31148	0,181
		51 +	-,19287	0,626
	51 +	18-28	,51775*	0,003
		29-39	,50435*	0,005
		40-50	,19287	0,626

Tablo 14: Faktörlerin Yaşa Göre Ortalamaları

Faktörler							
Yaş	Ortalamalar	Fiziki Yapı	Güvenilirlik	Duyarlılık	Güvence	Empati	Memnuniyet
18-28	\bar{X}	3,59	3,45	3,21	3,35	3,11	3,28
	N	227	227	227	227	227	227
	Ss	1,16	1,19	1,37	1,31	1,50	1,48
29-39	\bar{X}	3,45	3,44	3,23	3,32	3,07	3,29
	N	221	221	221	221	221	221
	Ss	1,29	1,26	1,44	1,31	1,57	1,58
40-50	\bar{X}	3,74	3,69	3,53	3,60	3,44	3,61
	N	168	168	168	168	168	168
	Ss	1,21	1,20	1,40	1,22	1,50	1,52
51 +	\bar{X}	3,87	3,83	3,65	3,73	3,70	3,80
	N	184	184	184	184	184	184
	Ss	1,16	1,22	1,32	1,16	1,39	1,41
Toplam	\bar{X}	3,65	3,59	3,38	3,48	3,30	3,47
	N	800	800	800	800	800	800
	Ss	1,22	1,23	1,39	1,27	1,51	1,51

Tablo 13'deki Tukey testi sonuçlarına göre yapılan karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

29-39 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,003<0,05$) olduğundan 29-39 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 29-39 yaş grubu için fiziksel yapı algısı 3,45 (%69), 51 ve üzeri yaş grubu için fiziksel yapı algısı 3,87 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel yapı** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 29-39 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

18-28 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,003<0,05$) olduğundan 18-28 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 18-28 yaş grubu için güvenilirlik algısı 3,45 (%69), 51 ve üzeri yaş grubu için güvenilirlik algısı 3,83 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 18-28 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

29-39 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,008<0,05$) olduğundan 29-39 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 29-39 yaş grubu için güvenilirlik algısı 3,44 (%69), 51 ve üzeri yaş grubu için güvenilirlik algısı 3,83 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 29-39 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

18-28 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,007<0,05$) olduğundan 18-28 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 18-28 yaş grubu için duyarlılık algısı 3,21 (%64), 51 ve üzeri yaş grubu için duyarlılık algısı 3,65 (%73) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 18-28 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

29-39 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,012<0,05$) olduğundan 29-39 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 29-39 yaş grubu için duyarlılık algısı 3,23 (%64), 51 ve üzeri yaş grubu için duyarlılık algısı 3,65 (%73) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 29-39 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

18-28 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,013<0,05$) olduğundan 18-28 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 18-28 yaş grubu için güvence algısı 3,35 (%67), 51 ve üzeri yaş grubu için güvence algısı 3,73 (%74) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 18-28 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

29-39 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,008<0,05$) olduğundan 29-39 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 29-39 yaş grubu için güvence algısı 3,32 (%66), 51 ve üzeri yaş grubu için güvence algısı 3,73 (%74) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 29-39 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

18-28 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan 18-28 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 18-28 yaş grubu için empati algısı 3,11 (%62), 51 ve üzeri yaş grubu için empati algısı 3,70 (%74) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 18-28 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

29-39 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan 29-39 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 29-39 yaş grubu için empati algısı 3,07 (%61), 51 ve üzeri yaş grubu için empati algısı 3,73 (%74) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 29-39 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

18-28 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,003<0,05$) olduğundan 18-28 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 18-28 yaş grubu için memnuniyet algısı 3,28 (%66), 51 ve üzeri yaş grubu için memnuniyet algısı 3,80 (%76) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 18-28 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

29-39 ile 51 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan 29-39 ile 51 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 14'ye bakıldığında, 29-39 yaş grubu için memnuniyet algısı 3,29 (%66), 51 ve üzeri yaş grubu için memnuniyet algısı 3,73 (%74) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında 51 ve üzeri yaş grubunun 29-39 yaş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yaş değişkeni için yapılan analize göre faktörlerde ortaya çıkan farklılıkların yaş ilerledikçe algılarında artışın olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile yaş değişkeninin hizmet kalitesi ve memnuniyete göre farklılıklar gösterdiği söylenebilir.

4.10.Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Analizi

Tablo 15: Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Fiziki Yapı	Gruplar Arası	36,377	3	12,126	8,344	0,000
	Gruplar İçi	1156,776	796	1,453		
	Toplam	1193,153	799			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	42,613	3	14,204	9,653	0,000
	Gruplar İçi	1171,351	796	1,472		
	Toplam	1213,964	799			
Duyarlılık	Gruplar Arası	70,900	3	23,633	12,606	0,000
	Gruplar İçi	1492,383	796	1,875		
	Toplam	1563,284	799			
Güvence	Gruplar Arası	55,152	3	18,384	11,856	0,000
	Gruplar İçi	1234,308	796	1,551		
	Toplam	1289,460	799			
Empati	Gruplar Arası	76,721	3	25,574	11,524	0,000
	Gruplar İçi	1766,458	796	2,219		
	Toplam	1843,180	799			
Memnuniyet	Gruplar Arası	68,404	3	22,801	10,242	0,000
	Gruplar İçi	1772,144	796	2,226		
	Toplam	1840,549	799			

Tablo 15’deki ANOVA testi bulgularına göre “Fiziki Yapı” faktöründe katılımcıların eğitimine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=8,344; p<0,05). “Güvenilirlik” faktöründe katılımcıların eğitimine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=9,653; p<0,05). “Duyarlılık” faktöründe katılımcıların eğitimine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=12,606; p<0,05). “Güvence” faktöründe katılımcıların eğitimine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=11,856; p<0,05). “Empati” faktöründe katılımcıların eğitimine göre anlamlı bir

farklılık göstermektedir. (F=11,524; p<0,05). “Memnuniyet” faktöründe katılımcıların eğitimine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=10,242; p<0,05)

Tablo 15’de verilen bilgilere göre eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen **Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati ve Memnuniyet** faktörlerinde farklılığın hangi eğitim gruplarından kaynaklandığı belirlemek için sırayla homojenlik testi ve çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan homojenlik testi Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16: Faktörlerin Eğitime Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Fiziki Yapı	,657	3	796	0,579
Güvenilirlik	1,459	3	796	0,225
Duyarlılık	,975	3	796	0,404
Güvence	1,656	3	796	0,175
Empati	1,478	3	796	0,219
Memnuniyet	5,557	3	796	0,001

Tablo 16’deki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre **Fiziki Yapı** faktörünün puanlarına ilişkin eğitim gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir (p=0,579>0,05). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Güvenilirlik** faktörünün puanlarına ilişkin eğitim gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir (p=0,225>0,05). Buna göre güvenilirlik faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Duyarlılık** faktörünün puanlarına ilişkin eğitim

gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,404>0,05$). Buna göre duyarlılık faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Güvence** faktörünün puanlarına ilişkin eğitim gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,175>0,05$). Buna göre güvence faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Empati** faktörünün puanlarına ilişkin eğitim gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,219>0,05$). Buna göre empati faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Memnuniyet** faktörünün puanlarına ilişkin eğitim gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,001<0,05$). Buna göre Memnuniyet faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır.

Yapılan Tukey ve Tamhane testi bulguları ve gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri sırası ile Tablo 17 ve Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 17: Eğitim Gruplarına Göre Tukey ve Tamhane T2 Testi Sonuçları

Faktör	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Fiziki Yapı	Okuryazar değil	İlköğretim	-,04156	0,997
		Lise	,42120	0,190
		Lisans ve Üstü	,37587	0,278
	İlköğretim	Okuryazar değil	,04156	0,997
		Lise	,46277*	0,000
		Lisans ve Üstü	,41743*	0,000
	Lise	Okuryazar değil	-,42120	0,190
		İlköğretim	-,46277*	0,000
		Lisans ve Üstü	-,04533	0,976
	Lisans ve Üstü	Okuryazar değil	-,37587	0,278
		İlköğretim	-,41743*	0,000
		Lise	,04533	0,976
Güvenilirlik	Okuryazar değil	İlköğretim	,14774	0,895
		Lise	,66511*	0,010
		Lisans ve Üstü	,50049	0,084
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,14774	0,895
		Lise	,51737*	0,000
		Lisans ve Üstü	,35275*	0,005
	Lise	Okuryazar değil	-,66511*	0,010
		İlköğretim	-,51737*	0,000
		Lisans ve Üstü	-,16462	0,444
	Lisans ve Üstü	Okuryazar değil	-,50049	0,084
		İlköğretim	-,35275*	0,005
		Lise	,16462	0,444
Duyarlılık	Okuryazar değil	İlköğretim	,09218	0,980

Faktör	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
		Lise	,77117*	0,007
		Lisans ve Üstü	,57324	0,077
		Okuryazar değil	-,09218	0,980
	İlköğretim	Lise	,67899*	0,000
		Lisans ve Üstü	,48105*	0,000
		Okuryazar değil	-,77117*	0,007
	Lise	İlköğretim	-,67899*	0,000
		Lisans ve Üstü	-,19793	0,387
		Okuryazar değil	-,57324	0,077
	Lisans ve Üstü	İlköğretim	-,48105*	0,000
		Lise	,19793	0,387
		Okuryazar değil	,14179	0,913
Güvence	Okuryazar değil	İlköğretim	,14179	0,913
		Lise	,71118*	0,006
		Lisans ve Üstü	,59430*	0,032
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,14179	0,913
		Lise	,56939*	0,000
		Lisans ve Üstü	,45251*	0,000
	Lise	Okuryazar değil	-,71118*	0,006
		İlköğretim	-,56939*	0,000
		Lisans ve Üstü	-,11688	0,732
	Lisans ve Üstü	Okuryazar değil	-,59430*	0,032
		İlköğretim	-,45251*	0,000
		Lise	,11688	0,732
Empati	Okuryazar değil	İlköğretim	,21788	0,832
		Lise	,89872*	0,003
		Lisans ve Üstü	,70969*	0,032
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,21788	0,832
		Lise	,68084*	0,000
		Lisans ve Üstü	,49181*	0,001
	Lise	Okuryazar değil	-,89872*	0,003
		İlköğretim	-,68084*	0,000
		Lisans ve Üstü	-,18903	0,504
	Lisans ve Üstü	Okuryazar değil	-,70969*	0,032
		İlköğretim	-,49181*	0,001
		Lise	,18903	0,504
Memnuniyet	Okuryazar değil	İlköğretim	-,19216	0,879
		Lise	,43937	0,334
		Lisans ve Üstü	,40753	0,397
	İlköğretim	Okuryazar değil	,19216	0,879
		Lise	,63152*	0,000
		Lisans ve Üstü	,59969*	0,000
	Lise	Okuryazar değil	-,43937	0,334
		İlköğretim	-,63152*	0,000
		Lisans ve Üstü	-,03184	0,995
	Lisans ve Üstü	Okuryazar değil	-,40753	0,397
		İlköğretim	-,59969*	0,000
		Lise	,03184	0,995

Tablo 18: Faktörlerin Eğitime Göre Ortalamaları

Faktörler							
Eğitim	Ortalamalar	Fiziki Yapı	Güvenilirlik	Duyarlılık	Güvence	Empati	Memnuniyet
Okuryazar değil	\bar{X}	3,87	3,99	3,82	3,92	3,86	3,66
	N	38	38	38	38	38	38
	Ss	1,29	1,16	1,19	1,23	1,44	1,76
İlköğretim	\bar{X}	3,91	3,84	3,73	3,78	3,65	3,85
	N	279	279	279	279	279	279
	Ss	1,19	1,26	1,35	1,19	1,51	1,40
Lise	\bar{X}	3,45	3,32	3,05	3,21	2,96	3,22
	N	231	231	231	231	231	231
	Ss	1,23	1,25	1,44	1,32	1,57	1,62
Lisans ve Üstü	\bar{X}	3,50	3,49	3,25	3,33	3,15	3,25
	N	252	252	252	252	252	252
	Ss	1,16	1,11	1,34	1,23	1,38	1,41
Toplam	\bar{X}	3,65	3,59	3,38	3,48	3,30	3,47
	N	800	800	800	800	800	800
	Ss	1,22	1,23	1,39	1,27	1,51	1,51

Tablo 17’deki **Tukey** testi sonuçlarına göre yapılan karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

İlköğretim ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05’den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan ilköğretim ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18’e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için fiziksel yapı algısı 3,91 (%78), lise eğitim grubu için fiziksel yapı algısı 3,45 (%69) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel yapı** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile Lisans ve Üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05’den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan ilköğretim ile Lisans ve Üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18’e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için fiziksel yapı algısı 3,91 (%78), Lisans ve Üstü eğitim grubu için fiziksel yapı algısı

3,50 (%70) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel yapı** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun Lisans ve Üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Okuryazar değil ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,010<0,05$) olduğundan okuryazar değil ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, okuryazar değil eğitim grubu için güvenilirlik algısı 3,99 (%80), lise eğitim grubu için güvenilirlik algısı 3,32 (%66) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında okuryazar değil eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,010<0,05$) olduğundan İlköğretim ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, İlköğretim eğitim grubu için güvenilirlik algısı 3,84 (%77), lise eğitim grubu için güvenilirlik algısı 3,32 (%66) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında İlköğretim eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile Lisans ve Üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,005<0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lisans ve Üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, İlköğretim eğitim grubu için güvenilirlik algısı 3,84 (%77), Lisans ve Üstü eğitim grubu için güvenilirlik algısı 3,49 (%70) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında İlköğretim eğitim grubunun Lisans ve Üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Okuryazar değil ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,007<0,05$) olduğundan okuryazar değil ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, okuryazar değil eğitim grubu için duyarlılık algısı 3,82 (%76), lise eğitim grubu için duyarlılık algısı 3,05 (%61) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında okuryazar değil eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan İlköğretim ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, İlköğretim eğitim grubu için duyarlılık

algısı 3,73 (%74), lise eğitim grubu için duyarlılık algısı 3,05 (%61) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında İlköğretim eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lisans ve üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan İlköğretim ile lisans ve üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, İlköğretim eğitim grubu için duyarlılık algısı 3,73 (%74), lisans ve üstü eğitim grubu için duyarlılık algısı 3,25 (%65) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında İlköğretim eğitim grubunun lisans ve üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Okuryazar değil ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,006<0,05$) olduğundan okuryazar değil ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, okuryazar değil eğitim grubu için güvence algısı 3,92 (%78), lise eğitim grubu için güvence algısı 3,21 (%64) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında okuryazar değil eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Okuryazar değil ile lisans ve üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,032<0,05$) olduğundan okuryazar değil ile lisans ve üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, okuryazar değil eğitim grubu için güvence algısı 3,92 (%78), lisans ve üstü eğitim grubu için güvence algısı 3,33 (%67) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında okuryazar değil eğitim grubunun lisans ve üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan ilköğretim ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için güvence algısı 3,78 (%75), lise eğitim grubu için güvence algısı 3,21 (%64) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lisans ve üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,006<0,05$) olduğundan ilköğretim ile lisans ve üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için

güvence algısı 3,78 (%75), lisans ve üstü eğitim grubu için güvence algısı 3,33 (%67) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun lisans ve üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Okuryazar değil ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,003<0,05$) olduğundan okuryazar değil ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, okuryazar değil eğitim grubu için empati algısı 3,86 (%77), lise eğitim grubu için empati algısı 2,96 (%59) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında okuryazar değil eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Okuryazar değil ile lisans ve üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,032<0,05$) olduğundan okuryazar değil ile lisans ve üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, okuryazar değil eğitim grubu için empati algısı 3,86 (%77), lisans ve üstü eğitim grubu için empati algısı 3,15 (%63) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında okuryazar değil eğitim grubunun lisans ve üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan ilköğretim ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için empati algısı 3,65 (%73), lise eğitim grubu için empati algısı 2,96 (%59) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lisans ve üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,001<0,05$) olduğundan ilköğretim ile lisans ve üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için empati algısı 3,65 (%73), lisans ve üstü eğitim grubu için empati algısı 3,15 (%63) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun lisans ve üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 17'deki **Tamhane t2** testi sonuçlarına göre yapılan karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

İlköğretim ile lise eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan ilköğretim ile lise eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için memnuniyet algısı 3,85 (%77), lise eğitim grubu için memnuniyet algısı 3,22 (%64) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun lise eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İlköğretim ile lisans ve üstü eğitim gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan ilköğretim ile lisans ve üstü eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 18'e bakıldığında, ilköğretim eğitim grubu için memnuniyet algısı 3,85 (%77), lisans ve üstü eğitim grubu için memnuniyet algısı 3,25 (%65) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında ilköğretim eğitim grubunun lisans ve üstü eğitim grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.11. Faktörlerin İş Durumuna Göre Analizi

Tablo 19: Faktörlerin İş Durumuna Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Fiziki Yapı	Gruplar Arası	29,284	5	5,857	3,996	0,001
	Gruplar İçi	1163,869	794	1,466		
	Toplam	1193,153	799			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	32,645	5	6,529	4,388	0,001
	Gruplar İçi	1181,320	794	1,488		
	Toplam	1213,964	799			
Duyarlılık	Gruplar Arası	39,062	5	7,812	4,070	0,001
	Gruplar İçi	1524,222	794	1,920		
	Toplam	1563,284	799			
Güvence	Gruplar Arası	34,983	5	6,997	4,428	0,001
	Gruplar İçi	1254,476	794	1,580		
	Toplam	1289,460	799			
Empati	Gruplar Arası	44,471	5	8,894	3,926	0,002
	Gruplar İçi	1798,709	794	2,265		
	Toplam	1843,180	799			
Memnuniyet	Gruplar Arası	65,487	5	13,097	5,859	0,000
	Gruplar İçi	1775,062	794	2,236		
	Toplam	1840,549	799			

Tablo 19'daki ANOVA testi bulgularına göre "Fiziki Yapı" faktöründe katılımcıların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=8,344$; $p<0,05$). "Güvenilirlik" faktöründe katılımcıların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=9,653$; $p<0,05$). "Duyarlılık" faktöründe katılımcıların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=12,606$; $p<0,05$). "Güvence" faktöründe katılımcıların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=11,856$; $p<0,05$). "Empati" faktöründe katılımcıların iş durumuna göre anlamlı

bir farklılık göstermektedir. ($F=11,524$; $p<0,05$). “Memnuniyet” faktöründe katılımcıların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=10,242$; $p<0,05$)

Tablo 19’da verilen bilgilere göre iş durumu gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen **Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati ve Memnuniyet** faktörlerinde farklılığın hangi iş gruplarından kaynaklandığı belirlemek için sırayla homojenlik testi ve çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan homojenlik testi Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Faktörlerin İş Durumuna Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Fiziki Yapı	2,599	5	794	0,024
Güvenilirlik	4,866	5	794	0,000
Duyarlılık	4,936	5	794	0,000
Güvence	3,917	5	794	0,002
Empati	4,592	5	794	0,000
Memnuniyet	5,799	5	794	0,000

Tablo 20’deki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre **Fiziki Yapı** faktörünün puanlarına ilişkin iş gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,024<0,05$). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Güvenilirlik** faktörünün puanlarına ilişkin iş gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,000<0,05$). Buna göre güvenilirlik faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Duyarlılık** faktörünün puanlarına ilişkin iş gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,000<0,05$). Buna göre duyarlılık

faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Güvence** faktörünün puanlarına ilişkin iş gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,002<0,05$). Buna göre güvence faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Empati** faktörünün puanlarına ilişkin iş gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,000<0,05$). Buna göre empati faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Memnuniyet** faktörünün puanlarına ilişkin iş gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,000<0,05$). Buna göre memnuniyet faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır.

Yapılan Tamhane t2 testi bulguları ve gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla Tablo 21 ve Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 21: İş Gruplarına Göre Tamhane T2 Testi Sonuçları

Faktör	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Fiziki Yapı	Memur	İşçi	0,22258	0,953
		Serbest Meslek	-0,16943	0,995
		Öğrenci	-0,08348	1,000
		Emekli	-0,11362	1,000
		Ev Hanımı	-0,35392	0,067
	İşçi	Memur	-0,22258	0,953
		Serbest Meslek	-0,39201	0,383
		Öğrenci	-0,30606	0,710
		Emekli	-0,3362	0,676
		Ev Hanımı	-,57650*	0,002
	Serbest Meslek	Memur	0,16943	0,995
		İşçi	0,39201	0,383
		Öğrenci	0,08595	1,000
		Emekli	0,05581	1,000
		Ev Hanımı	-0,18449	0,962
	Öğrenci	Memur	0,08348	1,000
		İşçi	0,30606	0,710
		Serbest Meslek	-0,08595	1,000
		Emekli	-0,03014	1,000
		Ev Hanımı	-0,27044	0,470
	Emekli	Memur	0,11362	1,000
		İşçi	0,3362	0,676
		Serbest Meslek	-0,05581	1,000
		Öğrenci	0,03014	1,000
Ev Hanımı		-0,2403	0,817	

		Memur	0,35392	0,067
		İşçi	,57650*	0,002
	Ev Hanımı	Serbest Meslek	0,18449	0,962
		Öğrenci	0,27044	0,470
		Emekli	0,2403	0,817
Güvenilirlik	Memur	İşçi	0,31949	0,599
		Serbest Meslek	-0,06701	1,000
		Öğrenci	0,05863	1,000
		Emekli	-0,14871	0,999
		Ev Hanımı	-0,29131	0,240
	İşçi	Memur	-0,31949	0,599
		Serbest Meslek	-0,3865	0,431
		Öğrenci	-0,26086	0,887
		Emekli	-0,4682	0,190
		Ev Hanımı	-,61081*	0,002
	Serbest Meslek	Memur	0,06701	1,000
		İşçi	0,3865	0,431
		Öğrenci	0,12564	1,000
		Emekli	-0,0817	1,000
		Ev Hanımı	-0,2243	0,851
	Öğrenci	Memur	-0,05863	1,000
		İşçi	0,26086	0,887
		Serbest Meslek	-0,12564	1,000
		Emekli	-0,20734	0,978
		Ev Hanımı	-0,34995	0,109
	Emekli	Memur	0,14871	0,999
		İşçi	0,4682	0,190
		Serbest Meslek	0,0817	1,000
		Öğrenci	0,20734	0,978
		Ev Hanımı	-0,1426	0,998
	Ev Hanımı	Memur	0,29131	0,240
		İşçi	,61081*	0,002
		Serbest Meslek	0,2243	0,851
Öğrenci		0,34995	0,109	
Emekli		0,1426	0,998	
Duyarlılık	Memur	İşçi	0,42602	0,327
		Serbest Meslek	0,16844	0,999
		Öğrenci	0,31036	0,649
		Emekli	0,11987	1,000
		Ev Hanımı	-0,17884	0,966
	İşçi	Memur	-0,42602	0,327
		Serbest Meslek	-0,25758	0,976
		Öğrenci	-0,11566	1,000
		Emekli	-0,30614	0,924
		Ev Hanımı	-,60486*	0,008
	Serbest Meslek	Memur	-0,16844	0,999
		İşçi	0,25758	0,976
		Öğrenci	0,14192	1,000

		Emekli	-0,04857	1,000
		Ev Hanımı	-0,34728	0,428
	Öğrenci	Memur	-0,31036	0,649
		İşçi	0,11566	1,000
		Serbest Meslek	-0,14192	1,000
		Emekli	-0,19049	0,998
		Ev Hanımı	-,48920*	0,015
	Emekli	Memur	-0,11987	1,000
		İşçi	0,30614	0,924
		Serbest Meslek	0,04857	1,000
		Öğrenci	0,19049	0,998
		Ev Hanımı	-0,29872	0,745
	Ev Hanımı	Memur	0,17884	0,966
		İşçi	,60486*	0,008
		Serbest Meslek	0,34728	0,428
		Öğrenci	,48920*	0,015
		Emekli	0,29872	0,745
Güvence	Memur	İşçi	0,24185	0,949
		Serbest Meslek	0,00383	1,000
		Öğrenci	0,01723	1,000
		Emekli	-0,06593	1,000
		Ev Hanımı	-0,36115	0,088
	İşçi	Memur	-0,24185	0,949
		Serbest Meslek	-0,23802	0,970
		Öğrenci	-0,22462	0,979
		Emekli	-0,30778	0,823
		Ev Hanımı	-,60300*	0,003
	Serbest Meslek	Memur	-0,00383	1,000
		İşçi	0,23802	0,970
		Öğrenci	0,0134	1,000
		Emekli	-0,06977	1,000
		Ev Hanımı	-0,36499	0,155
	Öğrenci	Memur	-0,01723	1,000
		İşçi	0,22462	0,979
		Serbest Meslek	-0,0134	1,000
		Emekli	-0,08316	1,000
		Ev Hanımı	-0,37838	0,099
	Emekli	Memur	0,06593	1,000
		İşçi	0,30778	0,823
		Serbest Meslek	0,06977	1,000
		Öğrenci	0,08316	1,000
		Ev Hanımı	-0,29522	0,497
	Ev Hanımı	Memur	0,36115	0,088
		İşçi	,60300*	0,003
		Serbest Meslek	0,36499	0,155
Öğrenci		0,37838	0,099	
Emekli		0,29522	0,497	

Empati	Memur	İşçi	0,43804	0,419
		Serbest Meslek	0,04259	1,000
		Öğrenci	0,21948	0,978
		Emekli	-0,12989	1,000
		Ev Hanımı	-0,24695	0,821
	İşçi	Memur	-0,43804	0,419
		Serbest Meslek	-0,39545	0,702
		Öğrenci	-0,21856	0,996
		Emekli	-0,56793	0,179
		Ev Hanımı	-,68499*	0,006
	Serbest Meslek	Memur	-0,04259	1,000
		İşçi	0,39545	0,702
		Öğrenci	0,17689	0,999
		Emekli	-0,17248	1,000
		Ev Hanımı	-0,28954	0,787
	Öğrenci	Memur	-0,21948	0,978
		İşçi	0,21856	0,996
		Serbest Meslek	-0,17689	0,999
		Emekli	-0,34937	0,741
		Ev Hanımı	-0,46643	0,060
Emekli	Memur	0,12989	1,000	
	İşçi	0,56793	0,179	
	Serbest Meslek	0,17248	1,000	
	Öğrenci	0,34937	0,741	
	Ev Hanımı	-0,11706	1,000	
Ev Hanımı	Memur	0,24695	0,821	
	İşçi	,68499*	0,006	
	Serbest Meslek	0,28954	0,787	
	Öğrenci	0,46643	0,060	
	Emekli	0,11706	1,000	
Memnuniyet	Memur	İşçi	0,19294	0,999
		Serbest Meslek	-0,08041	1,000
		Öğrenci	0,01244	1,000
		Emekli	-0,29147	0,942
		Ev Hanımı	-,57014*	0,007
	İşçi	Memur	-0,19294	0,999
		Serbest Meslek	-0,27335	0,977
		Öğrenci	-0,18049	0,999
		Emekli	-0,4844	0,430
		Ev Hanımı	-,76308*	0,001
	Serbest Meslek	Memur	0,08041	1,000
		İşçi	0,27335	0,977
		Öğrenci	0,09285	1,000
		Emekli	-0,21106	0,998
		Ev Hanımı	-0,48973	0,086
Öğrenci	Memur	-0,01244	1,000	
	İşçi	0,18049	0,999	
	Serbest Meslek	-0,09285	1,000	

		Emekli	-0,30391	0,917
		Ev Hanımı	-,58259*	0,004
Emekli		Memur	0,29147	0,942
		İşçi	0,4844	0,430
		Serbest Meslek	0,21106	0,998
		Öğrenci	0,30391	0,917
		Ev Hanımı	-0,27868	0,885
Ev Hanımı		Memur	,57014*	0,007
		İşçi	,76308*	0,001
		Serbest Meslek	0,48973	0,086
		Öğrenci	,58259*	0,004
		Emekli	0,27868	0,885



Tablo 22: Faktörlerin İş Durumuna Göre Ortalamaları

Faktörler							
İş Durumu	Ortalamalar	Fiziki Yapı	Güvenilirlik	Duyarlılık	Güvence	Empati	Memnuniyet
Memur	\bar{X}	3,51	3,52	3,47	3,39	3,31	3,27
	N	111	111	111	111	111	111
	Ss	1,08	1,04	1,20	1,14	1,29	1,42
İşçi	\bar{X}	3,29	3,20	3,04	3,15	2,87	3,08
	N	110	110	110	110	110	110
	Ss	1,38	1,42	1,58	1,49	1,74	1,68
Serbest Meslek	\bar{X}	3,68	3,58	3,30	3,39	3,27	3,35
	N	121	121	121	121	121	121
	Ss	1,36	1,36	1,58	1,35	1,62	1,70
Öğrenci	\bar{X}	3,60	3,46	3,16	3,37	3,09	3,26
	N	120	120	120	120	120	120
	Ss	1,23	1,19	1,35	1,30	1,44	1,46
Emekli	\bar{X}	3,63	3,67	3,35	3,46	3,44	3,56
	N	73	73	73	73	73	73
	Ss	1,11	1,11	1,31	1,08	1,30	1,40
Ev Hanımı	\bar{X}	3,87	3,81	3,65	3,75	3,56	3,84
	N	265	265	265	265	265	265
	Ss	1,12	1,16	1,29	1,16	1,49	1,37
Toplam	\bar{X}	3,65	3,59	3,38	3,48	3,30	3,47
	N	800	800	800	800	800	800
	Ss	1,22	1,23	1,39	1,27	1,51	1,51

Tablo 22'deki Tamhane t2 testi sonuçlarına göre yapılan karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

İşçi ile ev hanımı iş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan işçi ile ev hanımı iş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 22'e bakıldığında, işçi iş grubu için fiziksel yapı algısı 3,29 (%66), ev hanımı iş grubu için fiziksel yapı algısı 3,87 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel**

yapı faktörü algısında ev hanımı iş grubunun işçi iş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İşçi ile ev hanımı iş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,002<0,05$) olduğundan işçi ile ev hanımı iş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 22'e bakıldığında, işçi iş grubu için güvenilirlik algısı 3,20 (%64), ev hanımı iş grubu için güvenilirlik algısı 3,81 (%76) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında ev hanımı iş grubunun işçi iş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İşçi ile ev hanımı iş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,003<0,05$) olduğundan işçi ile ev hanımı iş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 22'e bakıldığında, işçi iş grubu için duyarlılık algısı 3,04 (%61), ev hanımı iş grubu için duyarlılık algısı 3,65 (%73) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında ev hanımı iş grubunun işçi iş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İşçi ile ev hanımı iş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,008<0,05$) olduğundan işçi ile ev hanımı iş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 22'e bakıldığında, işçi iş grubu için güvence algısı 3,15 (%63), ev hanımı iş grubu için güvence algısı 3,75 (%75) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında ev hanımı iş grubunun işçi iş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İşçi ile ev hanımı iş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,006<0,05$) olduğundan işçi ile ev hanımı iş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 22'e bakıldığında, işçi iş grubu için empati algısı 2,87 (%57), ev hanımı iş grubu için empati algısı 3,56 (%71) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında ev hanımı iş grubunun işçi iş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

İşçi ile ev hanımı iş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,006<0,05$) olduğundan işçi ile ev hanımı iş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 22'e bakıldığında, işçi iş grubu için memnuniyet algısı 3,08 (%62), ev hanımı iş grubu için memnuniyet algısı 3,84 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında ev hanımı iş grubunun işçi iş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Memurlar ile ev hanımı iş gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,007<0,05$) olduğundan memurlar ile ev hanımı iş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 22'e bakıldığında, memurlar iş grubu için memnuniyet algısı 3,27 (%65), ev hanımı iş grubu için memnuniyet algısı 3,84 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında ev hanımı iş grubunun memurlar iş grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.12.Faktörlerin Gelire Göre Analizi

Tablo 23: Faktörlerin Gelire Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Fiziki Yapı	Gruplar Arası	8,080	4	2,020	1,355	0,248
	Gruplar İçi	1185,073	795	1,491		
	Toplam	1193,153	799			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	5,155	4	1,289	0,848	0,495
	Gruplar İçi	1208,809	795	1,521		
	Toplam	1213,964	799			
Duyarlılık	Gruplar Arası	5,242	4	1,311	0,669	0,614
	Gruplar İçi	1558,042	795	1,960		
	Toplam	1563,284	799			
Güvence	Gruplar Arası	10,738	4	2,685	1,669	0,155
	Gruplar İçi	1278,721	795	1,608		
	Toplam	1289,460	799			
Empati	Gruplar Arası	10,887	4	2,722	1,181	0,318
	Gruplar İçi	1832,292	795	2,305		
	Toplam	1843,180	799			
Memnuniyet	Gruplar Arası	17,906	4	4,476	1,953	0,100
	Gruplar İçi	1822,643	795	2,293		
	Toplam	1840,549	799			

Tablo 23 incelendiğinde gelirin alt grupları arasında faktörler açısından herhangi bir farklılık tespit edilememiştir.

4.13. Faktörlerin Hastaneye Göre Analizi

Tablo 24: Faktörlerin Hastaneye Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Fiziki Yapı	Gruplar Arası	129,038	3	43,013	32,175	,000
	Gruplar İçi	1064,116	796	1,337		
	Toplam	1193,153	799			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	30,564	3	10,188	6,853	,000
	Gruplar İçi	1183,400	796	1,487		
	Toplam	1213,964	799			
Duyarlılık	Gruplar Arası	41,209	3	13,736	7,184	,000
	Gruplar İçi	1522,074	796	1,912		
	Toplam	1563,284	799			
Güvence	Gruplar Arası	34,664	3	11,555	7,330	,000
	Gruplar İçi	1254,796	796	1,576		
	Toplam	1289,460	799			
Empati	Gruplar Arası	37,276	3	12,425	5,477	,001
	Gruplar İçi	1805,904	796	2,269		
	Toplam	1843,180	799			
Memnuniyet	Gruplar Arası	53,394	3	17,798	7,927	,000
	Gruplar İçi	1787,154	796	2,245		
	Toplam	1840,549	799			

Tablo 24'deki ANOVA testi bulgularına göre "Fiziki Yapı" faktöründe katılımcıların hastaneye göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=32,175; $p<0,05$). "Güvenilirlik" faktöründe katılımcıların hastaneye göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F=6,853; $p<0,05$). "Duyarlılık" faktöründe katılımcıların hastaneye göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=7,184; $p<0,05$). "Güvence" faktöründe katılımcıların hastaneye göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=7,330; $p<0,05$). "Empati" faktöründe katılımcıların hastaneye göre anlamlı bir farklılık

göstermektedir. (F=5,477; p<0,05). “Memnuniyet” faktöründe katılımcıların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F=7,927; p<0,05).

Hastane gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen **Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati ve Memnuniyet** faktörlerinde farklılığın hangi hastane gruplarından kaynaklandığı belirlemek için sırayla homojenlik testi ve çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan homojenlik testi Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25: Faktörlerin Hastaneye Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Fiziki Yapı	5,256	3	796	,001
Güvenilirlik	4,882	3	796	,002
Duyarlılık	3,805	3	796	,010
Güvence	,392	3	796	,759
Empati	1,021	3	796	,382
Memnuniyet	2,836	3	796	,037

Tablo 25’deki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre **Fiziki Yapı** faktörünün puanlarına ilişkin hastane gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir (p=0,001<0,05). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Güvenilirlik** faktörünün puanlarına ilişkin hastane gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir (p=0,002<0,05). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Duyarlılık** faktörünün puanlarına ilişkin eğitim gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir (p=0,01<0,05). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır. **Güvence** faktörünün puanlarına

ilişkin hastane gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,759>0,05$). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Empati** faktörünün puanlarına ilişkin hastane gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,382>0,05$). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi uygulanacaktır. **Memnuniyet** faktörünün puanlarına ilişkin hastane gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p=0,037<0,05$). Buna göre Fiziki Yapı faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane t2 testi uygulanacaktır.

Yapılan Tamhane t2 ve Tukey testi bulguları ve gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla Tablo 26 ve Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 26: Hastane Gruplarına Göre Tukey ve Tamhane T2 Testi Sonuçları

Faktör	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Fiziki Yapı	Sivas Cumhuriyet Ünv. Has.	Sivas Num. Has.	-,28000	0,118
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,44667*	0,002
		Yoz.Şehir Has.	-1,09333*	0,000
	Sivas Numune Has.	SCÜ. Has.	,28000	0,118
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,16667	0,600
		Yoz. Şehir Has.	-,81333*	0,000
	Yozgat Bozok Ünv. Has.	SCÜ. Has.	,44667*	0,002
		Sivas Numune Has.	,16667	0,600
		Yoz.Şehir Has.	-,64667*	0,000
	Yozgat Şehir Hastanesi	SCÜ. Has.	1,09333*	0,000
		Sivas Numune Has.	,81333*	0,000
		Y.Boz. Ünv. Has.	,64667*	0,000
Güvenilirlik	Sivas Cumhuriyet Ünv. Has.	Sivas Numune Has.	-,02333	1,000
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,16667	0,704
		Yoz.Şehir Has.	-,49000*	0,001
	Sivas Numune Has.	SCÜ. Has.	,02333	1,000
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,14333	0,762
		Yoz.Şehir Has.	-,46667*	0,001
	Yozgat Bozok Ünv. Has.	SCÜ. Has.	,16667	0,704
		Sivas Numune Has.	,14333	0,762
		Yoz.Şehir Has.	-,32333*	0,035
	Yozgat Şehir Hastanesi	SCÜ. Has.	,49000*	0,001
		Sivas Numune Has.	,46667*	0,001
		Y.Boz. Ünv. Has.	,32333*	0,035
Duyarlılık	Sivas Cumhuriyet Ünv. Has.	Sivas Numune Has.	-,00667	1,000
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,28833	0,210
		Yoz.Şehir Has.	-,54833*	0,001
	Sivas Numune Has.	SCÜ. Has.	,00667	1,000
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,28167	0,170
		Yoz.Şehir Has.	-,54167*	0,001
	Yozgat Bozok Ünv. Has.	SCÜ. Has.	,28833	0,210
		Sivas Num. Has.	,28167	0,170
		Yoz.Şehir Has.	-,26000	0,275
	Yozgat Şehir Hastanesi	SCÜ. Has.	,54833*	0,001
		Sivas Num. Has.	,54167*	0,001
		Y.Boz. Ünv. Has.	,26000	0,275
Güvence	Sivas Cumhuriyet Ünv. Has.	Sivas Num. Has.	,02875	1,000
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,28875	0,132
		Yoz.Şehir Has.	-,47250*	0,001
	Sivas Numune Has.	SCÜ. Has.	-,02875	1,000
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,31750	0,068

Faktör	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
	Yozgat Bozok Ünv. Has.	Yoz.Şehir Has.	-,50125*	0,000
		SCÜ. Has.	,28875	0,132
		Sivas Num. Has.	,31750	0,068
	Yozgat Şehir Hastanesi	Yoz.Şehir Has.	-,18375	0,600
		SCÜ. Has.	,47250*	0,001
		Sivas Num. Has.	,50125*	0,000
Empati	Sivas Cumhuriyet Ünv. Has.	Sivas Num. Has.	,14000	0,931
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,23500	0,520
		Yoz.Şehir Has.	-,42250*	0,042
	Sivas Numune Has.	SCÜ. Has.	-,14000	0,931
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,37500	0,059
		Yoz.Şehir Has.	-,56250*	0,002
	Yozgat Bozok Ünv. Has.	SCÜ. Has.	,23500	0,520
		Sivas Num. Has.	,37500	0,059
		Yoz.Şehir Has.	-,18750	0,753
	Yozgat Şehir Hastanesi	SCÜ. Has.	,42250*	0,042
		Sivas Num. Has.	,56250*	0,002
		Y.Boz.Ünv. Has.	,18750	0,753
Memnuniyet	Sivas Cumhuriyet Ünv. Has.	Sivas Num. Has.	-,07125	0,998
		Y.Boz.Ünv. Has.	-,38875	0,060
		Yoz.Şehir Has.	-,64500*	0,000
	Sivas Numune Has.	SCÜ. Has.	,07125	0,998
		Y.Boz. Ünv. Has.	-,31750	0,151
		Yoz.Şehir Has.	-,57375*	0,001
	Yozgat Bozok Ünv. Has.	SCÜ. Has.	,38875	0,060
		Sivas Num. Has.	,31750	0,151
		Yoz.Şehir Has.	-,25625	0,378
	Yozgat Şehir Hastanesi	SCÜ. Has.	,64500*	0,000
		Sivas Num. Has.	,57375*	0,001
		Y.Boz. Ünv. Has.	,25625	0,378

Tablo 27: Faktörlerin Hastane Göre Ortalamaları

Faktörler							
Hastane	Ortalamalar	Fiziki Yapı	Güvenilirlik	Duyarlılık	Güvence	Empati	Memnuniyet
Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi	\bar{X}	3,19	3,42	3,17	3,30	3,18	3,20
	N	200	200	200	200	200	200
	Ss	1,28	1,36	1,51	1,27	1,56	1,62
Sivas Numune Hastanesi	\bar{X}	3,47	3,44	3,18	3,27	3,04	3,27
	N	200	200	200	200	200	200
	Ss	1,11	1,16	1,34	1,24	1,48	1,47
Yozgat Bozok Üniversitesi Hastanesi	\bar{X}	3,64	3,58	3,46	3,59	3,41	3,58
	N	200	200	200	200	200	200
	Ss	1,14	1,13	1,25	1,25	1,41	1,38
Yozgat Şehir Hastanesi	\bar{X}	4,29	3,91	3,72	3,77	3,60	3,84
	N	200	200	200	200	200	200
	Ss	1,06	1,20	1,41	1,23	1,55	1,49
Toplam	\bar{X}	3,65	3,59	3,38	3,48	3,30	3,47
	N	800	800	800	800	800	800
	Ss	1,22	1,23	1,39	1,27	1,51	1,51

Tablo 26'daki Tamhane t2 testi sonuçlarına göre yapılan karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

Tablo 26'daki Tamhane t2 testi sonuçlarına göre Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Bozok Üniv. Has. hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,002<0,05$) olduğundan Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Bozok Üniv. Has. hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubu için fiziksel yapı algısı 3,19 (%64), Yozgat Bozok Üniv. Has. hastane grubu için fiziksel yapı algısı 3,64 (%73) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel yapı** faktörü algısında Yozgat Bozok Üniv. Has. hastane grubunun Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile

Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubu için fiziksel yapı algısı 3,19 (%64), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için fiziksel yapı algısı 4,29 (%86) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel yapı** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Numune Has. hastane grubu için fiziksel yapı algısı 3,47 (%69), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için fiziksel yapı algısı 4,29 (%86) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel yapı** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Numune Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yozgat Bozok Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan Yozgat Bozok Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Yozgat Bozok Üniv. Has. hastane grubu için fiziksel yapı algısı 3,64 (%73), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için fiziksel yapı algısı 4,29 (%86) bulunmuştur. Yani katılımcıların **fiziksel yapı** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Yozgat Bozok Üniv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,001<0,05$) olduğundan Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubu için güvenilirlik algısı 3,42 (%68), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için güvenilirlik algısı 3,91 (%78) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,001<0,05$) olduğundan Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Numune Has. hastane grubu için güvenilirlik algısı 3,44 (%69), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için güvenilirlik algısı 3,91 (%78) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvenilirlik** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Numune Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,001<0,05$) olduğundan Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubu için duyarlılık algısı 3,17 (%63), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için duyarlılık algısı 3,91 (%74) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,001<0,05$) olduğundan Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Numune Has. hastane grubu için duyarlılık algısı 3,18 (%64), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için duyarlılık algısı 3,91 (%74) bulunmuştur. Yani katılımcıların **duyarlılık** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Numune Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubu için güvence algısı 3,30 (%66), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için güvence algısı 3,77 (%75) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Cumhuriyet Üniv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. hastane grubu için memnuniyet algısı 3,20 (%64), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için memnuniyet algısı 3,84 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,001<0,05$) olduğundan Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Numune Has. hastane grubu için memnuniyet algısı 3,27 (%65), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için memnuniyet algısı 3,84 (%77) bulunmuştur. Yani katılımcıların **memnuniyet** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Numune Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 26'daki Tukey testi sonuçlarına göre yapılan karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,001<0,05$) olduğundan Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Numune Has. hastane grubu için güvence algısı 3,27 (%65), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için güvence algısı 3,77 (%75) bulunmuştur. Yani katılımcıların **güvence** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Numune Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,042<0,05$) olduğundan Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. hastane grubu için empati algısı 3,18 (%64), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için empati algısı 3,60 (%72) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi

hastane grubunun Sivas Cumhuriyet Ünv. Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,042<0,05$) olduğundan Sivas Numune Has. ile Yozgat Şehir Hastanesi hastane grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 27'ye bakıldığında, Sivas Numune Has. hastane grubu için empati algısı 3,04 (%61), Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubu için empati algısı 3,60 (%72) bulunmuştur. Yani katılımcıların **empati** faktörü algısında Yozgat Şehir Hastanesi hastane grubunun Sivas Numune Has. hastane grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.



Tablo 28: Faktörler Arasındaki İlişki Düzeyi

Korelasyon							
		Fiziki					
		Yapı	Güvenilirlik	Duyarlılık	Güvence	Empati	Memnuniyet
Fiziki Yapı	İliş.Düzeyi	1	,691	,661	,660	,614	,700
	P		,000	,000	,000	,000	,000
	N	800	800	800	800	800	800
Güvenilirlik	İliş.Düzeyi	,691	1	,809	,787	,743	,763
	P	,000		,000	,000	,000	,000
	N	800	800	800	800	800	800
Duyarlılık	İliş.Düzeyi	,661	,809	1	,832	,783	,780
	P	,000	,000		,000	,000	,000
	N	800	800	800	800	800	800
Güvence	İliş.Düzeyi	,660	,787	,832	1	,838	,794
	P	,000	,000	,000		,000	,000
	N	800	800	800	800	800	800
Empati	İliş.Düzeyi	,614	,743	,783	,838	1	,772
	P	,000	,000	,000	,000		,000
	N	800	800	800	800	800	800
Memnuniyet	İliş.Düzeyi	,700	,763	,780	,794	,772	1
	P	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	800	800	800	800	800	800

Tablo 28'deki korelasyon analizi sonucu incelendiğinde;

Fiziksel yapı faktörü ile güvenilirlik faktörü arasında anlamlı ve %69 düzeyinde güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Fiziksel yapı faktörü ile duyarlılık faktörü arasında anlamlı ve %66 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Fiziksel yapı faktörü ile güvence faktörü arasında anlamlı ve %66 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Fiziksel yapı faktörü ile empati faktörü arasında anlamlı ve %61 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Fiziksel yapı faktörü ile memnuniyet faktörü arasında anlamlı ve %70 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Güvenilirlik faktörü ile duyarlılık faktörü arasında anlamlı ve %80 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Güvenilirlik faktörü ile güvence faktörü arasında anlamlı ve %78 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Güvenilirlik faktörü ile empati faktörü arasında anlamlı ve %74 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Güvenilirlik faktörü ile memnuniyet faktörü arasında anlamlı ve %76 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Duyarlılık faktörü ile güvence faktörü arasında anlamlı ve %83 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Duyarlılık faktörü ile empati faktörü arasında anlamlı ve %79 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Duyarlılık faktörü ile memnuniyet faktörü arasında anlamlı ve %78 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Güvence faktörü ile empati faktörü arasında anlamlı ve %83 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Güvence faktörü ile memnuniyet faktörü arasında anlamlı ve %83 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Empati faktörü ile memnuniyet faktörü arasında anlamlı ve %77 güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Faktörler arasında ilişki düzeyleri incelenmiş olup faktörlerin genel olarak arasında güçlü bir ilişkinin olması her bir faktörün hizmet kalitesini ve memnuniyeti etkilediği görülmektedir. Faktörler arasında tespit edilen ilişkiden dolayı memnuniyeti etkileyen diğer faktörlerin etki düzeyleri tespit etmek için regresyon analizi yapılacaktır. Aşağıda regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Hizmet Kalitesi Faktörlerinin Hastaların Memnuniyetine Etkisi

Tablo 29: Hizmet Kalitesinin Hastaların Memnuniyetine Etkisi

ANOVA					
Model	Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	p
Regresyon	1348,191	5	269,638	434,832	0,000
Kalıntı	492,357	794	,620		
Toplam	1840,549	799			
Bağımlı Değişken: Memnuniyet					
Bağımsız Değişken: Sabit, Empati, Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence					

Tablo 29’da katılımcıların hizmet kalitesi memnuniyete etkisi verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların Empati, Fiziki Yapı, Güvenilirlik, Duyarlılık ve Güvence faktörlerinin hasta memnuniyetine etkisinin olduğu görülmüştür ($p=0,000<0,05$). Hizmet kalitesi faktörlerin memnuniyete etkilerinin dereceleri ve yönü aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 30: Hizmet Kalitesinin Faktörlerinin Hastaların Memnuniyetine Etkilerinin Yönü Dereceleri

Alt Boyutlar	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	-,368	,096		-3,819	,000
Fiziki Yapı	,258	,033	0,207	7,822	,000
Güvenilirlik	,182	,043	0,148	4,227	,000
Duyarlılık	,191	,041	0,176	4,618	,000
Güvence	,248	,049	0,207	5,088	,000
Empati	,223	,035	0,223	6,301	,000
Bağımlı Değişken: Memnuniyet					

Tablo 30’da katılımcıların hizmet kalitesi faktörlerinin hasta memnuniyetine etkisi verilmiştir.

Tablo incelendiğinde **Fiziki Yapı** faktörünün memnuniyete etkisinin olduğu ($p=0,000<0,05$) ve 0,258 düzeyinde pozitif yönlü olduğu görülmektedir.

Tablo incelendiğinde **Güvenilirlik** faktörünün memnuniyete etkisinin olduğu ($p=0,000<0,05$) ve 0,182 düzeyinde pozitif yönlü olduğu görülmektedir.

Tablo incelendiğinde **Duyarlılık** faktörünün memnuniyete etkisinin olduğu ($p=0,000<0,05$) ve 0,191 düzeyinde pozitif yönlü olduğu görülmektedir.

Tablo incelendiğinde **Güvence** faktörünün memnuniyete etkisinin olduğu ($p=0,000<0,05$) ve 0,248 düzeyinde pozitif yönlü olduğu görülmektedir.

Tablo incelendiğinde **Empati** faktörünün memnuniyete etkisinin olduğu ($p=0,000<0,05$) ve 0,223 düzeyinde pozitif yönlü olduğu görülmektedir.

Yapılan regresyon analizi sonucuna göre hizmet kalitesini ortaya koymak için kullanılan faktörlerin tamamının hastaların memnuniyetini pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Fiziki yapı ve Güven faktörlerinin hastaların memnuniyeti etkisinin en çok olduğu faktörler olduğu görülmektedir.



SONUÇ

Son yıllarda bilgi ve teknolojiadaki gelişmelerle birlikte tanı ve tedavi alanındaki yenilikler sağlık hizmetlerinin sunumunu da şekillendirmiş olup, bu doğrultuda hasta beklentileri de değişmiştir. Artık hastalar gerek kamu gerekse özel sektörden kaliteli sağlık hizmeti alma beklentisi içerisinde. Ayrıca günümüzde her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de yoğun rekabet koşulları ön plana çıkmaktadır. Bu noktada kurumların başarısı için kaliteli hizmet sunumu ve beraberinde sağlanan müşteri memnuniyeti stratejik bir rekabet aracı olarak görülmektedir. Türkiye Sağlık Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe köklü değişimler yaşanmış olup, kamu hastaneleri de gerek fiziki imkânları ve teknolojik donanımları gerekse kaliteli hizmet sunumu ile özel sektörle yoğun rekabet halindedir. Özellikle son yıllarda kamuda sağlık hizmeti sunumunda en önemli değişimlerden biri de kamu-özel işbirliği projeksiyonu ile hayata geçirilen şehir hastaneleridir.

Sağlık sektöründe hasta memnuniyeti sağlık hizmetleri kalitesinin en önemli bileşenlerinden biridir. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet yalnızca hekimler tarafından sunulan hizmetlerden değil, sağlık kuruluşunun fiziki koşulları, sunulan hizmetin güvenli ve zamanında yerine getirilmesi, diğer sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları özellikle de empati gibi kişilerarası ilişkilerden etkilenmektedir. Alan yazında yapılan çalışmalar incelendiğinde de hasta memnuniyetinin empati, güvence, fiziki altyapı, duyarlılık ve güvenilirlik gibi hizmet kalitesi boyutları açısından değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı; kamu hastanelerinde SERVQUAL yöntemi ile hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin ölçülmesi ve bu iki ana değişken arasındaki ilişki derecesi ve etki yönünün belirlenmesidir. Ayrıca çalışmanın bir diğer tali amacı ise hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti bağımlı değişkenlerinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda anket yöntemi ile gerçekleştirilen çalışmanın verileri Sivas ve Yozgat illerinde ki bir devlet, iki üniversite ve bir şehir hastanesinden hizmet alan 800 hastadan toplanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların profilleri değerlendirildiğinde; %54,6'sı kadın, %28,4'ü 18-28 yaş grubunda, %34,9'u ilköğretim mezunu, %33,1'i ev hanımı ve %32,0'nın geliri 1.499 lira ve altıdır. Hastaların %51,7'si dâhili birimlerden hizmet almaktadır. Katılımcıların %25'i Sivas Numune Hastanesi'nden, %25'i Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nden, %25'i Yozgat Bozok Üniversitesi Hastanesi'nden ve %25'i Yozgat Şehir Hastanesinden sağlık hizmeti almaktadır.

Çalışmanın temel amacı doğrultusunda hastaların SERVQUAL hizmet kalitesi algıları ve memnuniyet algıları değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda hastaların SERVQUAL ölçeğinin alt boyutlarına vermiş oldukları puanların ortalaması ortalamanın üzerinde olup en yüksek puan verilen boyutlar sırasıyla; fiziki yapı ($X=3,65\pm 1,22$), güvenilirlik ($X=3,59\pm 1,23$), güvence ($X=3,48\pm 1,27$) ve duyarlılıktır ($X=3,38\pm 1,39$). Katılımcıların müşteri memnuniyeti ölçeğine verdikleri puan ortalaması ise $3,47\pm 1,51$ ile ortalamanın üzerindedir. Bu bulgular doğrultusunda da hastaların almış oldukları sağlık hizmetlerinin beklentilerini karşıladığı ve memnuniyetlerinin geliştiği söylenebilir.

Çalışmada hastaların sosyo-demografik özelliklerinin hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti algılarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı saptanmış olup, sonuçlar aşağıdaki şekilde sunulmuştur.

- Cinsiyet değişkenine göre farklılıklar incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların cinsiyet gruplarında anlamlı farklılıkların olmadığı görülmektedir.
- Hastaların hizmet aldığı polikliniğe göre farklılıklar incelendiğinde (Cerrahi-Dâhili) anlamlı farklılıkların olmadığı görülmektedir.
- Yaş değişkenine göre farklılıklar incelendiğinde faktörler açısından anlamlı farklılıklar “Fiziki Yapı”, “Güvenilirlik”, “Duyarlılık”, “Güvence”, “Empati” ve Memnuniyet faktörlerinde tespit edilmiştir. Fiziki yapı faktöründe 51 ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyinin en yüksek yaş grubu olduğu, 29-39 yaş grubunun düzeyinin ise en az olduğu guruptur. Bu durum ileri yaş grubunun fiziki yapıdan beklentilerinin daha az olduğu, orta yaş grubunun ise fiziki yapıdan beklentilerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Güvenilirlik faktöründe 51 ve üzeri yaş grubunun

algı düzeyinin en yüksek yaş grubu olduğu daha düşük yaş gruplarının ise düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu durum ileri yaş grubunun güvenme duygusunun ileri yaşlarda yüksek düzeyde olduğu yaş düştükçe güvenme duygusunun azaldığı görülmektedir. Memnuniyet faktöründe 51 ve üzeri yaş gruplarının algı düzeyinin en yüksek olduğu daha düşük yaş gruplarının ise memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu durum ileri yaş grubu hastaların memnuniyetinin yüksek olduğu, yaş grupları küçüldükçe memnuniyetinde düşük olduğu görülmektedir. Genel olarak faktörlerin tamamında yaş grubu ilerledikçe algı düzeyleri artmakta yaş küçüldükçe ise algı düzeylerinin düştüğü görülmektedir.

- Eğitim durumuna göre farklılıklar incelendiğinde “*Fiziki Yapı*”, “*Güvenilirlik*”, “*Duyarlılık*”, “*Güvence*”, “*Empati*” ve *Memnuniyet* faktörlerinde farklılıklar tespit edilmiştir. Fiziki yapı faktöründe ilköğretim eğitim grubunun algı düzeyinin en yüksek eğitim grubu olduğu, lise eğitim grubu düzeyinin ise en az olduğu gruptur. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça fiziki yapıdan beklentilerinde arttığı söylenebilir. Güvenilirlik faktöründe okur-yazar eğitim grubunun düzeyinin en yüksek eğitim grubu olduğu, lise eğitim grubunun düzeyinin ise en az olduğu gruptur. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça güvenilirlik faktöründen beklentilerinde arttığı söylenebilir. Genel olarak eğitim durumuna göre farklılıklar incelendiğinde eğitim durumunun yükselmesi farkındalık düzeyini de artırdığını ve buna paralel olarak beklentileri de artırdığı görülmektedir.
- İş değişkenine göre farklılıklar incelendiğinde *Fiziki Yapı*”, “*Güvenilirlik*”, “*Duyarlılık*”, “*Güvence*”, “*Empati*” ve *Memnuniyet* faktörlerinde farklılıklar tespit edilmiştir. İş değişkenine göre farklılıklar incelendiğinde tüm faktörlerde ev hanımı iş grubunun diğer iş gruplarında düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ev hanımı iş grubunun sosyal hayattan uzak kalması diğer iş gruplarının sosyal hayatın içinde yer alması bu farklılık ifade önemli bir unsur olarak ifade edilebilir.
- Gelir durumlarına göre farklılıklar incelendiğinde faktörler açısından herhangi bir farklılık tespit edilememiştir.

- Hastanelere göre farklılıklar incelendiğinde *Fiziki Yapı*”, “*Güvenilirlik*”, “*Duyarlılık*”, “*Güvence*”, “*Empati*” ve *Memnuniyet* faktörlerinde farklılıklar tespit edilmiştir. Faktörlerin tamamında en yüksek düzeye sahip Yozgat şehir hastanesinin olduğu en düşük düzeye ise Sivas Cumhuriyet Üniversitesi hastanesinin olduğu tespit edilmiştir. Bu durum özellikle Sivas Cumhuriyet Üniversitesi hastanesinin diğer üç hastaneden farklı olarak fiziki yapısının eski olması aynı zamanda bölgede araştırma hastanesi özelliğini taşıması beklentileri de beraberinde artırmaktadır. Diğer hastanelerin son yıllarda hizmete geçmesi, hem fiziki hem de teknolojik olarak üst düzeyde donanıma sahip olması ile faktör açısından düzeyin yüksek çıkmasının sebebi olarak ifade edilebilir.

Alan yazında hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetinin bir öncülü olduğu düşünülmekte olup, bu çalışmada da hizmet kalitesinin boyutları ile müşteri memnuniyeti arasında ki ilişkiler ve birbirlerine olan etkileri belirlenmiştir. Bu boyutlardan özellikle;

- Memnuniyet faktörüne etkisi olacağı düşünülen “*Fiziki Yapı*”, “*Güvenilirlik*”, “*Duyarlılık*”, “*Güvence*”, “*Empati*” boyutlarının faktörler arasındaki ilişki düzeyleri ve memnuniyete etkisi olup olmadığı, etkisi var ise düzeyi ortaya konulmuştur. Öncelikle yapılan korelasyon analiz sonucunda tüm faktörlerin birbiri arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Faktörler arasında ilişkinin var olması, bunlar arasında etkinin olacağı anlamına gelmektedir. Bu beş boyutun memnuniyet üzerine etkileri ve etki düzeyleri yapılan regresyon analizi ile ortaya konulmuştur.
- Yapılan analiz sonucuna göre memnuniyete en çok etki eden faktörün 0,25 düzeyinde “*Fiziki Yapı*” faktörünün olduğu bunu takiben “*Güvence*” faktörü, “*Empati*” faktörü, “*Duyarlılık*” faktörü ve “*Güvenilirlik*” faktörü olduğu görülmektedir. Bu beş boyutun memnuniyete olan etkileri incelendiğinde özellikle dikkat çeken husus fiziki yapının memnuniyete etkisi, hastaların fiziki koşulların iyi olduğu hastane ortamlarında memnuniyeti en çok etkileyen faktör olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak bu çalışmada ikinci ve üçüncü basamak hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet kalitesi ve memnuniyet algıları belirlenmiş olup, hastaların hizmet kalitesi ve memnuniyet algılarının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Ayrıca şehir hastanesinden hizmet alanların memnuniyetleri diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu da sağlık hizmetlerinde önemli reformlardan biri olan şehir hastanelerinin performansı açısından olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışma bulgularının bundan sonraki çalışmalara kaynak teşkil edeceği düşünülerek, diğer araştırmacılara farklı şehirlerde ve örneklerde çalışmalar yaparak bu çalışmanın bulgularını karşılaştırmaları önerilmektedir.





KAYNAKÇA

- Acuner, Akın Şebnem (2001). *Müşteri ilişkilerinde hareket noktası: Müşteri memnuniyeti ve ölçümü*. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara.
- Aktepe Cemalettin, Baş Mehmet ve Tolon, Metehan (2009). *Müşteri ilişkileri yönetimi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alasaly, Mohammed Adib (2006). *The reality and the requirements, development of health fact*, Damascus.
- Aldrarkh, Mamoun and Tariq Al-Shibli (2002). *Quality in Modern Organizations*, The first edition, Oman.
- Alpak, Mahmut (2015). *Evde Sağlık Hizmetinin Türkiye'deki Yeri (Antalya Örneği), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Alptekin Kamil ve Genç Yusuf (2013). "Korunmaya Muhtaç Yaşlılara Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Sunulması Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma", *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 1: ss.79-92.
- Alwan, Nayef Qasim (2006). "Quality management service, Concepts, Processes, Applications", *The First Arabic edition*, Oman.
- Ariffin, Ahmet Azmi ve Aziz Norzalite (2008). "Determining The Service Quality Dimensions And Zone Of Tolerance For Hospital Services In Malaysia". *The Business Review, Cambridge*, Vol:10, No:2, pp.164-169.
- Aydın, Erdem (2002). Sağlık Hizmetleri, dergiler. ankara. edu.tr/dergiler /24/1102/13086. pdf, Erişim: 02.02.2020.
- Babakus Emin ve Glynn. Mangold (1992). "Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation" , *Health Serv Res.* 1992 Feb; 26(6): pp.767-786.
- Bal Ramazan, Aytekin Oğuz, Özveri Banu, Akdaş Bekir (2002). *Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi*. V.

- Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, 16-19 Ekim, Eskişehir .ss. 174-195
- Baltzan Paige, Philips Amy, Haag S., McGraw-Hill. Irwin (2006). *Business Driven Technology*, Denver: University of Denver
- Baran Roger and Galka Robert. (2013). *CRM the foundation of contemporary marketing strategy*. 711 Third Avenue, New York: Routledge.
- Barlow, Janelle (1998). *Her Şikâyet Bir Armağandır*, (Çev. Günhan Günay), Rota Yayınları, İstanbul.
- Barnes, James (2000). *Secrets of Customer Relationship Management: It's All About How You Make Them Fell*. Mc Graw Hill, New York.
- Batenburg Ronald and Versendaal Jos (2004). "Business Alignment in the CRM Domain: Predicting the CRM Performance". *ECIS Proceedings* (12).
- Biçer, Enis Baha (2019). *İşletme ve Yönetim Araştırmaları, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon*, Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Bircan Hüdaverdi ve Baycan Serap (2004). "Sağlık Sektöründe Verimlik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği", *Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, Aralık Cilt 28:2. ss.173-185.
- Bligh, Philip (2004). *CRM Unplugged: Releasing CRM's Strategic Value*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Brashier Leon, Sower Victor, Motwani Jaideep, and Savoie Michael (1996). "Implementation of TQM/CQI in the health-care industry". *Benchmarking for Quality Management, Technology*.
- Brown, Stanley (2000). *Customer Relationship Management-A Strategic Imperative in the World of E-Business*, USA: Wiley
- Burçoğlu, Karaca Şükran (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama*, Adnan Menderes Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi. Aydın.
- Buttle, Francis (2004). *Customer Relationship Management: Concept and Tools*. Burlington, MA: Elsevier Butterworth-Heinemann.

- Carman, James (2000). "Patient perceptions of service quality: combining the dimensions". *Journal of Management of Medicine*, Vol:14, No:5/6: pp. 339-356.
- Caruana Albert ve Pitt Leyland (1997). "INTQUAL – an internal measure of service quality and the link between service quality and business performance". *European Journal of Marketing*, pp. 604-616.
- Cespedes Frank ve Smith Jeff (1993). "Database Marketing: New Rules for Policy and Practice" *Sloan Management Review*, 34, pp.7-22.
- Chakravorti, Samit (2006). "Customer Relationship Management: A Content Analysis of Issues and Best Practices". Unpublished PhD Thesis . *Miami, Florida, United States: Florida International University*.
- Chen, Popovich Karen (2003). "Understanding customer relationship management (CRM): people, process and technology". *Business Process Management Journal*, 11: 9, pp.672-688
- Cheng Shou Hsia, Wei Yu Jung ve Chang Hong Jen (2006). "Quality Competition Among Hospitals:The Effects of Perceived Quality on Health Care Consumers", *American Journal of Medical Quality*, 21:68, pp.67-75.
- Cronin Joseph Jr ve Taylor Steve (1992). "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension". *Journal of Marketing*, 56:55, p. 68.
- Cronin Joseph Jr ve Taylor Steve (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of marketing*, 58(1), pp.125-131.
- Çelik, Yusuf (2019). *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi
- Çetinkaya, Fevziye (2010). *Halk Sağlığı Genel Bilgiler*, (Ed: Öztürk Y, Günay O), Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetleri Talebi, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri.
- Çiçek, Erkan (2017). *Pazarlamada ve rekabette başarının anahtarı müşteri ilişkileri yönetimi*. Eğitim Yayınevi, Konya.

- Dodson, Bryan, (1996). *The Relationship Between Shared Service Quality Values and Customer satisfaction in Hospitals*, Nova Southeastern University, School of Business and Entrepreneurship, Dissertation.
- Dwyer Robert and Tanner John (2008).” Business Marketing: Connecting Strategy, Relationships and Learning”, *Fourth Edition, Chapter 3, McGraw - Hill/Irwin*, pp. 304 -305.
- Eid, Riyad (2007). “Towards a Successful CRM Implementation in Banks: An integrated Model”. *The Service Industries Journal* (27), 51-90.
- El Serafi and Kar NC (2003). “Methods for determining the Q axis saturation characteristics of salient-pole synchronous machines from the measured D-axis characteristics”, *IEEE tran*, EC-18 pp. 80-86.
- Elbaşıoğlu, Elif (2001). *Müşteri İlişkileri Yönetimi: Teknoloji Kullanımı ve Bir Uygulama*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Erdem, Şeniz (2007). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama*, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Evans, James (2007). “Quality and Performance Excellence”, *Cengage, Ohio, USA*, pp.37-39.
- Farlex Medical Dictionary (Farlex Medikal Sözlük) (2012). Classification of Health Services, [http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/ ASA+classification+health](http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/ASA+classification+health), Erişim: 02.02.2020.
- Feinberg Richard, Rajesh Kadam, Hokama Leigh and Iksuk Kim (2002). “The state of electronic customer relationship management in retailing”. *International Journal of Retail & Distribution Management*. 30.10, pp.470-481.
- Finnegan David and Currie Wendy (2010). “A multi-layered approach to CRM implementation: An integration perspective”. *European Management Journal*, 28, pp.153 - 167.

- Franco, Manuel Sanchez (2009). "The Moderating Effects Of Involvement On The Relationships Between Satisfaction, Trust And Commitment In E-Banking", *Journal of Interactive Marketing*, 23, pp.247-258.
- Goodhue Dale, Wixom Barbara and Watson Hugh (2002). "Realizing Business Benefits Through CRM: Hitting The Right Target In The Right Way". *MIS Quarterly Executive*, 1(2), pp.79-94.
- Greenberg, Paul (2008). P Greenblog, from CRM, Philosophy, Baseball & Universal Metaphors: <http://the56group.typepad.com/pgreenblog//15/02/2020>
- Grönroos, Christian (1984). "A Service Quality Model and Its Marketing Implications" *European Journal of Marketing* 18 (4) pp 36-44
- Grönroos, Christian (1988). "Service quality: the six criteria of good perceived service quality". *Review of business*, 9(3), pp.10-13.
- Grönroos, Christian (2000) *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*. John Wiley, Sons Ltd, UK.
- Grönroos, Christian. (2005). *Service Management and Marketing. A customer relationship management approach*. Swedish School of Economics and Business Administration.
- Gummesson, Evert (2002). *Total Relationship Marketing*. Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Günel, Muhteber (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Holland Christopher and Naude Peter (2004). "The Metamorphosis of Marketing into an Informaion-Handling Problem" *The Journal of Business and Industrial Marketing*, 19, pp.167-180.
- Howard, David, Mann, Bob ve Kamp, Mike (2000). "Plotting Future Directions", *Interactive Dergisi*. Sayı:13, pp.11-24.
- Iriana Reiny and Buttle Franci (2008) "Strategic, Operational and Analytical Customer Relationship Management: Attributes and Measures" *Journal of Relationship Marketing*, 5(4), pp. 23-43

- Jain Sanjay and Gupta Garima (2004). "Measuring service quality: SERVQUAL vs. SERVPERF scales". *Vikalpa*, 29(2), pp.25-38.
- James Jeffrey and Masayuki Yoshida (2011) "Service quality at sporting events: Is aesthetic quality a missing dimension?" *Sport Management Review*, 14 (1), pp.13-24.
- Karabağ, Hüseyin (2007). *Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi*, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kharmal, Emad Mohammed, (2000). *Management of health services in Jordan: A Case study of the Radiology department services in Jerash Central Hospital*, Administrative, Jordan No 83.
- Khoja, Tawfiq (2003). *The entrance to the improvement of quality primary health care*. Oman, Jordan.
- Kim Janghyeok, Suh Euiho and Hwang Hyunseok (2003). "A Model for Evaluating the Effectiveness of Using the Balanced Scorecard". *Journal of Interactive Marketing*, 17 (2), pp.5-19.
- Kortel, Fred (2009). *Marketing services, the treasures of knowledge for publication*, Oman, the first edition
- Kotler Philip and Keller Kevin Lane (2009). *Marketing Management*, Pearsen Prentice Hall.
- Kotler Philip, Kevin Lane (2009). *Marketing Management*. England: pearson Prentice Hall.
- Kotler, Philip and Armstrong Gory (1994). *Marketing Management Analysis, Planning, Implementation and Control*, Hall, Engle Wood Cliffs, New Jersey.
- Kotorov, Rado (2003). "Customer Relationship Management: strategic lessons and future directions". *Business Process Management Journal*. 9.5, pp.566-571.

- Kujundžić Tiljak (2017). The 90th Anniversary of Andrija Štampar School of Public Health. *Croat Med J.* 58:330–1. doi: 10.3325/cmj.58.330.
- Kumar, Roy (2008), “Service Quality in Rural Tourism: A Perspective Approach”, Conference on *Tourism in India-Challenges Ahead*, India, pp.424-431.
- Kurtuldu, H. S. (2005). Konfeksiyon sektöründe müşteri sadakatine etki eden faktörler, *D.E.Ü., İ.İ.B.F. Dergisi.* 20 (2). 109-120.
- Lehtinen, Uolevi and Lehtinen Jarmo (1982). *Service quality: a study of quality dimensions.* Service Management Institute.
- Leigh Thomas and Tanner, John (2004). “Introduction: JPSSM Special Issue on Customer Relationship Management”. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 24 (4), pp.259–262.
- Ling Raymond and Yen David (2001). “Customer Relationship Management: An Analysis Framework and Implementation Strategies”. *Journal of Computer Information Systems*, 41, pp.82-97.
- Marşap Akın (2014). *Sağlık İşletmelerinde Kalite*, Beta Yayınevi, İstanbul.
- McGlynn, Elizabeth (1997). “Six challenges in measuring the quality of health care”. *Health affairs*, 16(3), pp.7-21.
- Mendoza Luis, Marius Alejandro, Pérez Maria and Grimán Anna. (2007). “Critical success factors for a customer relationship management strategy”. *Information and Software Technology*: 49, pp.913–945.
- Messner, Wolfgang (2005). “Customer relationship management technology : A commodity or distinguishing factor”? *Business Information Review*, 22(4), pp.253 - 262.
- Mirgil Mürsel (2018). Evde Sağlık Hizmetlerinden Hastaların ve Hasta Yakınlarının Beklenti ve Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Mutlu Ayşegül ve Işık Abdul Kadir, (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ekim, Bursa.

- Nakijima, Hiroshi (1997). "Better Health: through better life of Resources, World, Health", *The magazine of (WHO), 50th year*, Vol. 5: pp. 9-10.
- Ndubisi, Nelson Oly (2007). "Relationship marketing and customer loyalty". *Marketing Intelligence, Planning Journal*. 25.1, pp.98-106.
- Nguyen Bang and Mutum Dilip (2012). "Customer Relationship Management: Advances, Dark Sides, Exploitation and Unfairness" *International Journal of Electronic Customer Relationship Management* 6(1) pp. 1-19
- Nobile Marianna (2019). "The Who Definition Of Health: A Critical Reading, World Associationfor Medical Law Marianna Nobile", *The WHO Definition of Health: A Critical Reading*, 33 Med.
- Ocker Rosalie and Mudambi Susan (2003). "Assessing the Readiness of Firms for CRM: A Literature Review and Research Model". *Proceedings of the 36th Hawaii International Conference on System Sciences*. Hawaii.
- Onaran Berrin, Bulut Zeki Atıl ve Özmen Alpaslan (2013), "Müşteri değerinin, müşteri tatmini, marka sadakati ve müşteri ilişkileri yönetimi performansı üzerindeki etkilerinin incelenmesine yönelik bir araştırma", *Business and Economics Research Journal*, 4(2), pp.37-53.
- Özdağoğlu Aşkın, Özdağolu Güzin ve Öz Eylem (2008). "Müşteri sadakatinin sağlanmasında müşteri ilişkileri yönetiminin önemi: İzmir'de bir hipermarket araştırması", *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 22, Sayı: 1, (ss.367-380), İzmir.
- Özsarı, Haluk (2009), Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, http://www.saglikpaneli.com/content_mobile.asp?content_id=183&connection_id=24&connection_table=1&content_type=. Erişim: 02.02.2020.
- Öztayşi, Başar (2002). *Customer Relationship Management Application*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Öztürk, Ayse (1998). *Hizmet Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, No:3, Eskişehir

- Pantazopoulos, A. What's Really CRM. http://www.crm2day.com/what_is_crm/ (20/12/2019).
- Parasuraman Ananthanarayanan Zeithaml Valarie, Berry Leonard (1988), "SERVQUAL: a multiple- item scale for measuring consumer perceptions of service" *quality journal of Retailing*, Vol. 64 (1), pp. 12-40.
- Parasuraman Ananthanarayanan Zeithaml Valarie, Berry Leonard (1991), "Perceived service quality as a customer-based performance measure: An empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model". *Human Resources Management*; 30(3). pp.335-364.
- Parasuraman Ananthanarayanan, Zeithaml Valarie and Berry Leonard (1985). "A conceptual model of service quality and its implications for future research". *Journal of marketing*, 49(4), pp.41-50.
- Parvatiyar Atul and Sheth Jagdish (2001). "Customer Relationship Management: Emerging Practice, Process, and Discipline". *Journal of Economic, Social Research* , 3 (2), pp.1-34.
- Payne Adrian and Frow Pennie (2005). "A strategic Framework for Customer Relationship Management". *Business Process Management Journal* (9), pp.652-671.
- Payne Adrian and Frow Pennie (2006). "Customer relationship management: From strategy to implementation". *Journal of Marketing Management* (22), pp.135-168.
- Payne Arniah, Storbacka Kaj and Frow Pennie. (2009), "Co-creating brands: diagnosing and designing the relationship experience", *Journal of Business Research*, 62 (3), pp. 379-389.
- Peltier James, Schibrowsky John, A. and Cochran Chrisopher (2002). "Patient Loyalty that lasts a lifetime". *Marketing Health Sciences*, 22 (2), 29-33.
- Peppers, Don, Rogers, Martha ve Dorf, Bob (1997). *The One to One Fieldbook: The Complete Toolkit for Implementing a 1to1 Marketing Program*. Currency Doubleday Pres, New York.

- Persson Andreas and Lynette Ryals (2010). "Customer assets and customer equity: Management and measurement issues" First Published December 5, 10.pp.11-77
- Prahalad CK and Ramaswamy Venkatram (2001). Co-opting Customer Competence. Harvard Business Review on Customer Relationship Management, 1-25, Harvard Business School Press.
- Prahalad CK, Ramaswamy Venkat (2004) "Co-creation experiences: The next practice in value creation" *Journal of Interactive Marketing*, 18: 3 pp. 5-14
- Rahmqvist Mikael and Bara Ana-Claudia (2010) "Patients Characteristics and Quality Dimensions related to Patient Satisfaction", *International Journal of Quality in HealthCare*, 2010, Vol.22, No. 2, pp. 86-92.
- Reid A., O'Brien D. (2005). Creating a single view of the customer for CRM strategy. *Interactive Marketing*: 6, pp.357-365
- Reinartz Werner, Krafft Manfred and Hoyer Wayne (2004). "The Customer Relationship Management Process: Its Measurement and Impact on Performance". *Journal of Marketing Research* , 41, pp. 293-305.
- Reiny, Iriana and Buttle Francis Arthur (2006). "Customer Relationship Management (CRM) System Implementations: An Assessment of Organisational Culture". *The International Journal of Knowledge, Culture and Change Management*, 6 (2), pp.138-147.
- Richards Keith ve Jones Eli (2008). "Customer Relationship Management: Finding Value Drivers". *Industrial Marketing Management*, Vol. 37, pp.120-130.
- Roberts Mary Lou, Liu Raymond and Hazard Karyl (2005). "Strategy, technology and organisational alignment: Key components of CRM success". *Database Marketing and Customer Strategy Management*, Vol. (12), pp.315–326.
- Ronald, Cohen (1997). *Total quality management in the government*, The institute of public Administration, Riyadh.
- Ronzina, Mary (2010). Standards of customer service as a part of the corporate culture of the organization. http://pda.tr200.biz/referat_menedjment/?referat=83192&page=1.

- Rundle-Thiele, & Russell-Bennett, (2010). Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services. *Health marketing quarterly*, 27(2), pp.195-214.
- Sağlık Bakanlığı (2019). 2019-2023 Stratejik Planı, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>
- Salti Mamoun and Elias Suhail (1999). *A practical guide for the application of quality management systems ISO 9000*, The first edition, Damascus.
- Savaşçı İpek ve Günay Nazan (2008), “İşletmelerin rekabet üstünlüğü sağlamalarında müşteri değeri yaratılması: GSM operatörlerinin üniversite öğrencilerine sundukları hizmet algılamalarına yönelik bir değerlendirme”, *Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1(30), (s.255-260).
- SDP (2012). (Sağlıkta Dönüşüm Programı) Değerlendirme Raporu (2003-2011). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Aralık Ankara.
- Sqeeney Jill and John Swait (2008). “The effects of brand credibility on customer loyalty” UWA Business School, *Research Output: Contribution to Journal*. 15:3, pp. 179-193.
- Stephens, Christine (2011). “Narrative analysis in health psychology research: Personal, dialogical and social stories of health”. *Health Psychology Review*, 5(1), pp.62-78.
- Sur Haydar (2012). Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>. Erişim: 02.02.2020.
- Tarcan, Ertuğrul (2001). *Hizmet Yönetiminde Kalite ve Müşteri Tatmini Ölçümü*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi.
- Taşkın, Erdoğan (2000). *Müşteri İlişkileri Eğitimi*. 1. Baskı Üniversitesi Yayınları. İstanbul: Papatya Yayıncılık,
- TDK, (2020), Türk Dil Kurumu Sözlüğü <https://sozluk.gov.tr/> 11.04.2020
- Tengilimoğlu Dilaver, Işık Oğuz ve Akbolat Mahmut (2017), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayıncılık, Ankara.

- The Free Dictionary - Medical dictionary. Holistic health. Available at: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/holistic+health>. Erişim Tarihi: 02.02.2020.
- Thiele Sharny and Bennett Sharyn (2010). “Understanding loyalty from a customer's perspective” *Journal of Customer Behaviour*, 9(3): pp.283-298.
- Thomas Jacquelyn and Sullivan Ursula (2005), “Managing marketing communications with multichannel customers”, *Journal of Marketing*, 69(4), pp. 239-251.
- Tınmaz Şimel, Gülhan (2008). *Acil Servislere Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ünver, Ceyda (2010), *Müşteri İlişkileri Yönetimi: Müşteri şikâyetleri ve internet*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Ankara.
- Valarie A. Zeithaml, A. P. (1990). *Delivering Quality Service-Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.
- Verhoef, Peter (2003). “Understanding the effect of customer relationship management efforts on customer retention and customer share development”, *Journal of Marketing*, 67 (4), pp. 30-45.
- WHO. Geneva. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. 1978 Sep. [Erişim Tarihi: 02.02.2020.]. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO. Geneva. The urgency of health promotion. Overview: 7th Global Conference on Health Promotion, Kenya. 2009. [Erişim Tarihi: 02.02.2020.]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html> .
- WHO. South East Asia Regional Office. Regional Strategy for Health Promotion for South East Asia. 2008. [Erişim Tarihi: 02.02.2020]. Available

from: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_and_Publications_HE_194.pdf . Erişim Tarihi: 02.02.2020.

WHO. World Health Report Executive Summary - achieving health for all. Erişim Tarihi: 02.02.2020. Available at: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary6/en/.

Winer, Russell (2001). “A Framework for Customer Relationship Management”. *California Management Review*, 43 (4), pp.89-105.

Wong YH, Leung TKP and Suki Chow WK (2003). “Beyond Customer Relationship Management; Information Co-Sharing and Relationship Positioning”, *ABAS Conference, The Hong Kong Polytechnic University, Part 2*.

Xeveloankis, Evangelos (2005). “Developing Retention Strategies Based on Customer Profitability in Telecommunications”, *Database Marketing and Customer Strategy Management*, 12, pp.226-242.

Xu Yurong, Yen David, Lin Binshan and Chou David (2002). “Adopting Customer Relationship Management Technology”. *Industrial Management and Data Systems* (102), pp.442-452.

Yağcı Mehmet İsmail ve Duman Teoman (2006). “Hizmet Kalitesi Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (2), pp.218-238.

Yapraklı Şükrü ve Sağlık Erkan (2010), “Hizmet İşletmelerinde Rekabet Aracı Olarak Hizmet Kalitesi Ve İlişki Kalitesi: Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama”, *Öneri Dergisi Volume 9, Issue 34*, pp.71 - 85

Yerebakan, Metin (2000). *Özel hastaneler araştırması: mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri*. İTO İstanbul Ticaret Odası, Yayın No: 2000–26, Mega Ajans Basım, İstanbul.

Zablah Alex, Bellenger Danny any Johnston Wesley James (2004). “An Evaluation of Divergent Perspectives on Customer Relationship Management: Towards

a Common Understanding of an Emerging Phenomenon”. *Industrial Marketing Management*, 33 (6), pp.475-489.

Zeithaml Valerie, Parasuraman Parsu and Berry Leonard (1990). “Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations” January with 15: 462.

<http://hastaneler.cumhuriyet.edu.tr/> Erişim Tarihi: 15/01/2019

<https://hastane.bozok.edu.tr/> Erişim Tarihi: 15/01/2019

<https://sivasnumunedh.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 15/01/2019

<https://yozgatsehir.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 15/01/2019

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html/> Erişim Tarihi: 10.04.2020

.

EKLER

Ek 1: Anket Örneği

KAMU HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE MEMNUNİYET ÇALIŞMASI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalında "Kamu Hastanelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: TR72(Sivas, Kayseri, Yozgat) Ölçeğinde Bir Uygulama" doktora tez çalışmasını yapmak amacındayız. Seçtiğimiz şehirlerde hizmet veren bir üniversite ve bir devlet hastanesinde hizmet kalitesini ve memnuniyeti ölçmek ve analizlerini yapmak için aşağıdaki anket sorularını cevaplamamız yeterli olacaktır.

İlgi ve yardımlarınız için çok teşekkür ederiz.

Danışman

Doç. Dr. Enis Baha BİÇER

Doktora Öğrencisi

Kenan YURTSAL

1	Hastane ismi ve bulunduğu şehir						
2	Tedavi olduğunuz poliklinik						
3	Yaş	(1) 18-28 <input type="checkbox"/>	(2)29-39 <input type="checkbox"/>	(3)40-50 <input type="checkbox"/>	(4)51 ve üzeri <input type="checkbox"/>		
4	Cinsiyet	Bayan			Erkek		
5	Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	İlköğretim	Lise	Lisans ve Üstü		
6	İş Durumu	Memur	İşçi	Serbest Meslek	Öğrenci	Emekli	Ev Hanımı
7	Aylık Geliriniz	1499 ve altı	1500-2499	2500-3499	3500-4499	4500 ve üzeri	

Hastanenin verdiği hizmetleri kullanan bir müşteri(hasta) olarak ve tecrübelerinize dayanarak, lütfen hizmet aldığımız bu hastanenin aşağıda bildirilen özelliklere ne derece sahip olduğunuzu; 1=Kesinlikle Katılmıyorum 2=Kısmen Katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Kısmen Katılıyorum 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde numaraları işaretleyiniz.

Size en uygun seçeneği işaretleyiniz		0	1	2	3	4	5
1	Hastane teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir.						
2	Hastanenin fiziksel özellikleri görsel açıdan çekicidir.						
3	Hastane personeli temiz ve düzgün görünmektedir.						
4	Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yapmaktadır.						
5	Hastaların bir problemi olduğunda hastane personeli güven verici, ilgili ve cana yakındır.						
6	Hastane kayıt ve faturalama işlerinde doğrudur.						
7	Hastane personeli hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.						
8	Hastane personeli hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunar.						
9	Hastane personeli hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllüdür.						
10	Hastalar, hastane personeli ile etkileşimlerinde kendilerini güvende hissederler.						
11	Hastane personeli konularında çok bilgilidirler.						
12	Hastane personeli hastalara karşı her zaman saygılı ve naziktirler.						
13	Hastane personeli işlerini iyi yapabilmek için hastane yönetiminden yeterli desteği alır.						
14	Hastane personeli her hastayla tek tek ve kişisel olarak ilgilenir.						
15	Hastane personeli, hastalarla en içten şekilde ilgilenir.						
16	Genel olarak hastane hizmetlerinden memnunuz.						
17	Tekrar gelmem gerektiğinde bu hastaneyi tercih ederim.						
18	Bu hastaneyi başkalarına öneririm.						
19	Bu hastanede sunulan hizmetler beklentimi karşılamaktadır.						

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.



Ek 2: İzinler



T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 16142545-044-E.2021
Konu : Anket Yapma Talebi (Kenan
YURTSAL)

26/04/2019

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 09/04/2019 tarihli ve 99711239-300.01.01-E.21682 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüz Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı doktora öğrencisi Kenan YURTSAL'ın "Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: TR72 (Sivas, Kayseri, Yozgat) Ölçeğinde Bir Uygulama" konulu tez çalışması kapsamında Müdürlüğümüzde anket yapma talebiniz idaremizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Arif Osman TOKAT
Başhekim

Adres: Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğü Erdoğan Akdağ Kampüsü Atatürk Yolu 7.
Km 66900 YOZGAT

Bilgi için: İhsan KICIOĞLU

Telefon: 0354 212 70 50 Faks: 0354 217 10 72

Elektronik

Ağ: <http://www.bozok.edu.tr/> bozokuniversitesi@hs01.kep.tr

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir
Evrak teyidi <http://ebysorgu.bozok.edu.tr> adresinden AGSZ-IAM2-8G09 kodu ile yapılabilir.



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-010.99-E.382061
Konu : Anket yapma talebi

17/05/2019

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 16.04.2019 tarih ve E.376144 sayılı yazınız.
b) 16.04.2019 tarih ve E.376144 sayılı yazımız.

Enstitünüz Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanlığı 200993132016 numaralı doktora öğrencisi Kenan YURTSAL'ın "*Kamu ve Üniversite Hastanelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: TR72 (Sivas,Kayseri,Yozgat) Ölçeğinde Bir Uygulama*" konulu tez çalışması kapsamında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz bünyesinde anket yapma talebiniz değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür.


Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kaapıno 58140 Sivas
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024
e-Posta : hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ : www.cumhuriyet.edu.tr

İlgi için : Elif KILIÇ
Ünvanı : Stresli İşi

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

 TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Kurumları Genel Müdürlüğü	YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı:	Kenan YURTSAL
Kurumu / Üniversitesi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat, Sivas, Kayseri
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu	Kamu Hastanelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: TR72 (Sivas, Kayseri, Yozgat) Ölçeğinde Bir Uygulama
Araştırmanın Statüsü	Anket
Ön İzin Formu	(*)Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (*) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi (*)Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (*) Var / () Araştırma Detay Formu (*) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (*) Var / () Yok Etik Kurul Raporu () Var / (*) Yok / () Karar Aşamasında
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	15.06.2019-15.12.2019
Görüş İstenilecek Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Başvuru yapılacak Hastaneden alınacak ön izin formu ve araştırma çalışmaları başvuru formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından anket çalışmasının yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile ahdnmiştir.
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gereğesi

17.6/2019

Yozgat Şehir Hastanesi
 Müşteri İlişkileri
 Hastane Ekim Yekilli

Üye
 Başkan Yardımcısı
 Dr. Abdullah CESLİR

KOMİSYON

Üye
 Başkan Yardımcısı
 Dr. Murat BAŞKAL

Üye
 Başkan
 Uz. Dr. Cahit Bekir KAYHAN

Komisyon Başkanı
 İl Sağlık Müdürü
 Dr. Fatih ŞAHİN



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ



Sayı : 93848782/799
Konu : Anket Çalışması Talebi/
Kenan YURTSAL

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Kenan YURTSAL'ın 12/06/2019 tarihli Anket Çalışması Talebi.

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Kenan YURTSAL' ın "Kamu Hastanelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: TR72 (Sivas, Kayseri, Yozgat) Ölçeğinde Bir Uygulama" başlıklı doktora tezi kapsamındaki anket çalışmasını kişisel verilerin korunması ve bilgi güvenliği kurallarına uyulması kaydıyla 15.06.2019-15.12.2019 tarihleri arasında Hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ

Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Kenan YURTSAL
Uyruğu :T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : SİVAS-1977
E-posta : kenyurt@yahoo.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Boğaziçi Üniversitesi	2001
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2007
Doktora	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2020

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2001-2003	Sivas Selçuk Anadolu Lisesi	İngilizce Öğretmeni
2003-	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma Görevlisi

YABANCI DİL BİLGİSİ

İNGİLİZCE ÜDS (80)