



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Ana Bilim Dalı
Sayısal Yöntemler Bilim Dalı

ŞEHİR HASTANELERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE YAPISAL EŞİTLİK MODELİ
İLE ANALİZİ

Doktora Tezi

Zafer YILDIZ

Sivas
Eylül 2018

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Ana Bilim Dalı

**ŞEHİR HASTANELERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE YAPISAL EŞİTLİK
MODELİ İLE ANALİZİ**

Doktora Tezi

Zafer YILDIZ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ

Sivas
Eylül 2018




KABUL VE ONAY


Üniversite: : Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : İşletme
Bilim Dalı : Sayısal Yöntemler
Tezin Başlığı : Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin
Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli İle Analizi
Savunma Tarihi : 12.09.2018
Danışmanı : Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ

Unvanı - Adı Soyadı

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Hikmet ORHAN
Üye : Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ
Üye : Prof. Dr. Hüdaverdi BİRCAN
Üye : Doç. Dr. Selahattin YAVUZ
Üye : Doç. Dr. Mehmet Ali ALAN

İmza



Oy Birliği

Oy Çokluğu

Zafer YILDIZ tarafından hazırlanan "Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli İle Analizi" başlıklı tez, kabul edilmiştir./...../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda bana desteğini esirgemeye, katkılarıyla yol gösteren her daim yanımda olan çok kıymetli danıőmanım Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ ve Prof. Dr. Mahmut KARTAL, Prof. Dr. Hüdaverdi BİRRCAN, Doç. Dr. Mehmet Ali ALAN, Doç. Dr. Mehmet DEMİR hocalarıma, Savunma sınavında değerli katkılarını veren Prof. Dr. Hikmet ORHAN ve Doç. Dr. Selahattin YAVUZ hocalarıma çok teşekkür ederim.

Ayrıca desteğini esirgemeyen kıymetli eőim Sevgi YILDIZ ve oyun zamanlarını aldığım evlatlarım Yusuf Kağan ve Kenan'a göstermiş oldukları sabırdan dolayı sonsuz teşekkür ederim.

Zafer YILDIZ

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik 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.

.../.../2018

Zafer YILDIZ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI	v
İÇİNDEKİLER	i
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
Literatür İncelemesi.....	1
Araştırmanın Konusu	7
Araştırmanın Amacı, Önemi ve Kapsamı	8
BİRİNCİ BÖLÜM	11
ÖLÇME VE ÖLÇEK ÇEŞİTLERİ	11
1.1. Ölçme Tanımı.....	11
1.2. Ölçmenin Sınıflandırılması	11
1.2.1. Doğrudan Ölçme.....	11
1.2.2. Dolaylı Ölçme.....	12
1.2.3. Doğrudan ve Dolaylı Ölçmenin Arasındaki Farklar.....	12
1.3. Ölçmenin Önemi	12
1.4. Ölçek Çeşitleri	13
1.4.1. Sınıflama Ölçeği	13
1.4.2. Sıralama Ölçeği.....	14
1.4.3. Aralık Ölçeği.....	15
1.4.4. Oran Ölçeği.....	15

İKİNCİ BÖLÜM	17
YAPISAL EŞİTLİK MODELİNE GİRİŞ	17
2.1. Yapısal Eşitlik Modelinin Tanımı ve Önemi.....	17
2.2. Yapısal Eşitlik Modelinin Tarihsel Gelişimi	18
2.3.Yapısal Eşitlik Modeli İle İlgili Temel Kavramlar.....	19
2.3.1. Gözlenen ve Gizli Değişkenler	19
2.3.2. Egzojen ve Endojen Değişkenler	20
2.3.3. Yapısal Eşitlik Modelinin Tahmini.....	21
2.3.4. Yapısal Model Örnekleri.....	21
2.3.5. Yapısal Eşitlik Modeli Stratejileri	23
2.4. Yapısal Eşitlik Modelinin Adımları	24
2.4.1. Modelin Belirlenmesi ve Test Edilmesi	25
2.4.1.1. Uyum İndeksleri.....	25
2.4.1.2. Ki-Kare (χ^2) Uyum testi	27
2.4.1.3. Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI).....	27
2.4.1.4. Tucker-Lewis İndeksi (TLI).....	27
2.4.1.5. Artırmalı Uyum İndeksi (IFI).....	27
2.4.1.6. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	27
2.4.1.7. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA).....	28
2.4.1.8. İyi Uyum İndeksi (GFI)	28
2.4.1.9. Düzeltilmiş İyi Uyum indeksi (AGFI).....	28
2.4.2. Modelin Tanımlanması.....	28
2.4.3. Modelin Tahmini	29
2.4.4. Modelin Modifikasyonu	29
2.4.5. Faktör Analizi	29
2.4.5.1. Faktör Analizinin Amacı.....	31

2.4.5.2. Faktör Analizinde Temel Kavramlar	31
2.4.5.3. Faktör Analizinin Varsayımları	32
2.4.5.4. Verilerin Faktör Analizinde Uygunluğunun Araştırılması Korelasyon matrisinin Hesaplanması	33
2.4.5.5. Faktör Analizinde Döndürme-Rotasyon	34
2.4.5.6. Faktörlerin Adlandırılması	35
2.4.5.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi	35
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	37
SAĞLIK HİZMETLERİ VE TEMEL KAVRAMLAR	37
3.1. Sağlıkta Kavramsal Çerçeve	37
3.2. Sağlık Kavramı	38
3.3. Sağlık Hizmetleri	38
3.4. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	39
3.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	41
3.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Güçlü ve Zayıf Yönleri	43
3.6.1. Güçlü Yönleri	44
3.6.2. Zayıf Yönleri	44
3.6.3. Sağlıkta Kalite	45
3.7. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	46
3.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme	46
3.8. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	48
3.8.1. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri	48
3.9. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	49
3.10. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	50
3.10.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar	51
3.10.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar	51

3.10.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri Sunan Kuruluşlar	51
3.11. Rehabilitasyon Hizmetleri	52
3.12. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	52
3.13. Şehir Hastaneleri.....	53
3.13.1. Şehir Hastanelerinin Tanımı	54
3.13.2. Şehir Hastanelerinin Amacı.....	57
3.13.3. Şehir Hastanelerinin Kapsamı ve Önemi.....	58
3.13.4. Şehir Hastanelerinin Eski Hastanelere Göre Farkı	59
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	63
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ.....	63
4.1. Hasta Memnuniyeti.....	63
4.2. Hasta Kavramı	63
4.3. Memnuniyet Kavramı.....	64
4.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	64
4.4.1. Hastaya İlişkin Faktörler	64
4.4.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler.....	65
4.4.3. Çevresel Faktörler.....	65
4.5. Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	65
4.5.1. Bireysel Nedenler	66
4.5.2. Ekonomik Nedenler	67
4.5.3. Pazarlama Nedenleri.....	68
4.5.4. Klinik Etkinlik Nedenleri	69
4.6. Hasta Memnuniyetini Artıran ve Azaltan Faktörler	70
4.6.1. Artıran Faktörler	70
4.6.2. Azaltan Faktörler	71
4.7. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü ve Ölçülmesinin Önemi	71

BEŞİNCİ BÖLÜM	73
YÖNTEM	73
5.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	73
5.2. Taslak Ölçeğin Hazırlanması	73
5.3. Verilerin Analizi.....	73
ALTINCI BÖLÜM	75
BULGULAR YORUMLAR	75
6.1. Demografik Bulgular.....	75
6.2. Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları	78
6.3. Faktörlerin Adlandırılması.....	83
6.5. Doğrulayıcı Faktör Analizinin Bulguları.....	85
6.6. Modelin Regresyon ağırlıkları.....	86
6.7. Verilerin Normallliği, Güvenilirliği ve Geçerliliği.....	91
6.8. Demografik Verilere Göre Faktörlerin Analizi	92
6.8.1. Faktörlerin Cinsiyete Göre Analizi	92
6.8.2. Faktörlerin Tedavi Olunan Şehir Hastanesine Göre Analizi.....	94
6.8.3. Faktörlerin Tedavi Olunan Kliniğe Göre Analizi	96
6.8.4. Faktörlerin Yaşa Göre Analizi	97
6.8.5. Faktörlerin Eğitime Göre Analizi	105
6.8.6. Faktörlerin Medeni Duruma Göre Analizi.....	115
6.8.7. Faktörlerin İş Durumuna Göre Analizi	121
6.8.8. Faktörlerin Meslek Durumuna Göre Analizi.....	126
SONUÇ VE ÖNERİLER	129
Sonuç	129
Öneriler	131
KAYNAKÇA	133

EK 1 Anket Örneği	143
Ek 2. İzin Belgeleri	147
Ek 3. Etik Kurul Kararı.....	149
ÖZ GEÇMİŞ.....	151



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Verilerin Hastanenin Bulunduğu Şehre Göre Dağılımları.....	75
Tablo 2 Verilerin Cinsiyete Göre Dağılımları	75
Tablo 3 Ankete Katılanların Yaşlara Göre Dağılımları	76
Tablo 4 Ankete Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	76
Tablo 5 İş Durumu Türüne Göre Dağılımı	77
Tablo 6 Mesleğine Göre Dağılımı	77
Tablo 7: Tedavi Olunan Kliniğe Göre Dağılım	78
Tablo 8: Verilerin Faktör Analizine Uygunluğunun İncelenmesi.....	78
Tablo 9 Ölçek Maddelerine İlişkin Eşkökenlilik (Communality) Değerleri.....	79
Tablo 10 Ölçeğin Toplam Açıklanan Varyansı	80
Tablo 11 Ölçeğin Faktör Yapısına İlişkin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi	82
Tablo 12 Faktörlerin Adlandırılması.....	83
Tablo 13 Doğrulayıcı Faktör Analizinde kullanılan Uyum İndeksleri	86
Tablo 14 Modele İlişkin Regresyon Ağırlıkları.....	87
Tablo 15 Standart Regresyon Katsayıları	89
Tablo 16: Ölçeğin İç Tutarlılık Katsayıları	92
Tablo 17: Faktörlere ilişkin Cinsiyete Göre Bağımsız Gruplar için t Testi Sonuçları.....	93
Tablo 18: Faktörlere ilişkin Şehir Hastanesine Göre Bağımsız Gruplar için t Testi Sonuçları	95
Tablo 19: Faktörlere ilişkin Kliniğe Göre Bağımsız Gruplar için t Testi Sonuçları.....	96
Tablo 20 Faktörlerin yaş gruplarına göre tek yönlü varyans analizi.....	98
Tablo 21 Faktörlerin Yaşa Göre Homojenlik Testi Sonucu.....	99
Tablo 22 Yaş Gruplarına Göre Tamhane T2 Testi Sonuçları	100
Tablo 23 Faktörlerin Yaşa Göre Ortalamaları.....	101
Tablo 24 Faktörlerin Eğitime Göre Tek Yönlü Varyans Analizi.....	105
Tablo 25 Faktörlerin Eğitime Göre Homojenlik Testi Sonucu	106
Tablo 26 Eğitime Göre Tamhane T2 Testi.....	107
Tablo 27 Faktörlerin Eğitime Göre Ortalamaları	109
Tablo 28 Faktörlerin Medeni Duruma Göre Tek Yönlü Varyans Analizi	115
Tablo 29 Faktörlerin Medeni Duruma Göre Homojenlik Testi Sonucu	116
Tablo 30 Medeni Duruma Göre Tamhane T2 Testi	117
Tablo 31 Faktörlerin Medeni Duruma Göre Ortalamaları	118
Tablo 32 Faktörlerin İş Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi	122
Tablo 33 Faktörlerin İş Durumuna Göre Homojenlik Testi Sonucu.....	123
Tablo 34 İş Durumuna Göre Tukey Testi.....	124
Tablo 35 Faktörlerin İş Durumuna Göre Ortalamaları.....	124
Tablo 36 Faktörlerin Meslek Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi	127
Tablo 37 Faktörlerin Meslek Durumuna Göre Ortalamaları.....	127



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Egzojen ve Endojen Değişken Şeması	20
Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Şeması (Yazgan M, 2009, 36)	41
Şekil 3 Modelin AMOS Diyagramı	90



ÖZET

Çalışmanın temel amacı şehir hastanelerinde tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek ve Türkiye’de sayısı artmaya devam eden şehir hastanelerinde ölçeğin kullanımını sağlamaktır. Sağlık hizmeti sunumu, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında büyük bir öneme sahiptir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin sosyal ve ekonomik açıdan gelişim düzeyinin de bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve sağlık hizmetleri sektöründen direk etkilenen paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok kapsamlı süreçlerden oluşmaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin kalitesi, sunulan tedavinin şekli, sağlık hizmetlerinin fiziki koşulları, personellerin davranışları değerlendirme aşamasında büyük öneme sahiptir.

Bu çalışma kapsamında Şehir hastanelerinde tedavi gören hastaların memnuniyetini ölçmek amacıyla “Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeği” geliştirilmiştir. Türkiye’de faaliyet gösteren şuan için üç hastane bulunmaktadır. Çalışmanın evrenini, Isparta Şehir hastanesi, Yozgat şehir hastanesi ve Mersin şehir hastanesi oluşturmaktadır. Anket uygulaması Yozgat ve Isparta şehir hastanelerinde tedavi gören hastalar ile yapılarak veriler elde edilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,935 bulunmuş ve örnek büyüklüğünün yeterliği olduğu ortaya konulmuştur.

Ölçeğin geçerliğine ilişkin yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın %64,293 'ünü temsil eden 5 faktör elde edilmiş ve faktörlerin madde-toplam korelasyonlarının 0,48-0,85 arasında değer aldığı görülmüştür. 32 maddelik ölçeğe ilişkin yapılan güvenirlik analizi sonucunda ise Cronbach Alpha katsayısı 0.951 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma ile yapılan analizler sonucunda genel memnuniyet derecesi ortalamasının %77,46 olduğu hesaplanmıştır. Genel memnuniyet derecesine göre, şehir hastanelerinin hastaların memnuniyetini artırmada önemli olduğu yani devletin vatandaşları için ortaya koyduğu bu yeni kompleks yapıların memnuniyetinin yüksek olduğu ve elde edilen bu bulgular doğrultusunda "Şehir

Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti ölçeğinin alanında kullanılabilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yapısal Eşitlik Modeli, Şehir Hastaneleri, Hasta Memnuniyeti, Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi



ABSTRACT

The main aim of the study is to measure the satisfaction level of the patients taking health care in the city hospitals and to make its usage in the city hospitals whose number is continuing to increase in Turkey. Delivery of health care has great importance in maintaining human life, preserving and increasing the quality of life. Within this scope, level of health care is accepted as a result of economic and social development level of countries. Delivery, financing and processes of procurement of health care consist of comprehensive processes which should be analysed separately with respect to stakeholders who are directly influenced by health care sector. In this regard, quality of service in the health care, type of treatment, physical conditions of health care and staff's way of behaviour have great importance in the evaluation phase.

Within the scope of this study, with the aim of measuring the patient satisfaction of the patients taking health care in city hospitals "Scale of Patient Satisfaction in City Hospitals" is developed. There are three city hospitals in Turkey and the universe of the study comprises Isparta City Hospital, Yozgat City Hospital and Mersin City Hospital. The data of the study is collected through the surveys made in Yozgat and Isparta city hospitals. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value was found 0.935 and it was revealed that the sample size was enough.

The result of the factor analysis with regard to validity of the scale revealed 5 factors which represent %64.293 of the total variance and it was found that item-total correlation of factors took values between 0.48-0.85. The result of the reliability analysis of the 32-item scale showed that the Cronbach Alpha coefficient was 0.951. With this study it was calculated that the average of the overall satisfaction level was %77.46 and with regard to overall satisfaction level, city hospitals are important in increasing the patient satisfaction; that is to say, satisfaction from these new complex structures which are formed by the government for its citizens are great. In the light of the findings of the study, it can also be stated that "Scale of Patient Satisfaction in City Hospitals" is a reliable and valid measurement tool that can be used in the field.

Keywords: Structural Equation Modeling, City Hospitals, Patient Satisfaction, Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis



GİRİŞ

Türkiye’de ve Dünyada her geçen gün sağlık alanında gelişmeler olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin kaliteli hale getirmek, sağlık hizmetlerinin sunumunda bilimsel yöntemleri kullanmak zorunlu bir hale gelmiştir. Ekonomik ve sosyal imkânlar ölçüsünde sağlık hizmetlerinin sunumunu belirlemek yerine standart bir sağlık hizmeti sunmak gelişmiş ülkelerin sağlık politikalarında yer almakta, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin sunumunda belirli standartları yakalamak için gayret gösterilmektedir ve bu amaçla şehir hastaneleri açılmaktadır.

Hizmetin sunulmasında hasta memnuniyeti büyük önem arz etmektedir, bu anlamda hasta memnuniyeti üzerine birçok araştırma, tez ve bilimsel yayınlar bulunmaktadır. Şehir hastanelerinin kuruluş amacı halka daha kaliteli ve daha doğru sağlık uygulamalarının yanı sıra hastanede hastaya otel konforunda hizmet etmek olduğu için sağlık hizmetleri uygulamasının güçlenmesi hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda iki ilde bulunan şehir hastanelerinde hasta memnuniyetini belirlemek ve ölçmek amacıyla anket hazırlanmış ve hazırlanan bu anket hastalara uygulanmıştır.

Elde edilen bu anketler üzerinde SPSS 25 ve Amos programları ile yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak, hastaların memnuniyetini belirleyici bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekle, hastaların yaşadığı problemler ve bu problemlerin çözüm yolları ortaya konularak, hasta memnuniyetinin artırılması için, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara bir rehber olacağı düşünülmektedir.

Literatür İncelemesi

Sağlık hizmetlerinde hasta/bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960'ların sonlarında başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Teknolojik gelişmelerle birlikte bireyler özelleşmiş profesyonellerden daha kompleks tedavi ve bakımı almaya başlamış ve bu da maliyeti arttırmıştır. Ancak var olan bu üstün teknolojiye dayalı bakımda bireyin duyguları yeterince dikkate alınmamıştır. Ayrıca toplumlarda eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu

öğrenmek, tanılarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Son on yıldır ise özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir (Akt: Yılmaz 2001:69-70, Merkouris 1999, Larsson 1999, Walker 1998, Williams 1994).

Sağlık hizmeti hakkı modern çağımızda en temel insani hak olarak kabul edilmektedir ve bu hakkın tam anlamı ile sunulmasında 20. yüzyılın başından itibaren çok sayıda arayış içerisine girilmiştir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sorunlarını hem önleme, hem de tedavi düzeyinde sağladığı faydalar nedeni ile tartışılmaz hale gelmiştir. (Akt: Kara vd., 2011: 13, Wensing-Vedsted-Kersnik et al., 2002: 111-118). Giderek artan nüfus ve yaşam beklentisinin artması ile de günümüzde birinci basamak sağlık hizmetinin en kapsamlı, en az maliyet ve en etkin düzeyde sağlanması amacı ile Avrupa ve diğer birçok dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de birçok kez yeni sağlık politikaları geliştirilmiş ve uygulanmıştır.

Ülkemizde hasta memnuniyeti, çeşitli sağlık kurumlarında, üniversite hastanelerinde ve devlet hastanelerinde de giderek yaygınlaşmaktadır (Arslan-Kelleci 2011: 2).

Literatür taramasında incelenen doktora tezleri;

ŞENGÜL(2008), araştırmasında “İş Doymu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve özel kesim sağlık hizmetlerinde hekimlerin iş doymununun hasta tatminine etkisi üzerine bir araştırma” olan bu tezin amacı doğrultusunda; birinci bölümde, modern işletmecilik bakış açısından hizmet ve sağlık hizmetleri ele alınmış, ikinci bölümde iş ve iş doymu kavramları, iş doymunu Etkileyen faktörler incelenmiş, üçüncü bölümde hekimlik mesleğinde iş doymu ve hekimlerin iş doymuna etki eden faktörler ele alınmış, dördüncü bölümde, müşteri tatmini ve hasta tatmini kavramları üzerinde durularak hasta tatmininde hizmet sağlayıcıların kontrolünde olan ve olmayan değişkenler belirtilmiş, beşinci bölümde ise iş doymu ve tüketici tatmini ilişkisi kamu ve özel kesim sağlık hizmetlerinde hekimlerin iş doymununun hasta tatminine etkisi üzerine bir araştırma olarak, alan araştırmasına yer verilmiştir.

ÖZKÖK(2011), araştırmasında yapısal eşitlik modelleri, doğrulayıcı faktör analizi, path analizi ve regresyon analizinin bir modelde toplanıp sentezlenmesinden ortaya çıkmış bir istatistiksel yöntemi kullanmıştır. Bu açıdan faktör, kanonik korelasyon, çok değişkenli varyans ve kovaryans, çoklu regresyon ve path analizleri de YEM'nin özel durumları sayılmaktadır. Bununla beraber YEM'ni bu analizlerden ayıran en önemli farklılık, açıklayıcılıktan ziyade doğrulayıcı olarak kullanılmasının daha uygun olmasıdır. Bu tez çalışmasında yapısal eşitlik modellemesi tüm Bileşenleriyle ayrıntılı olarak ele alınmış ve incelenmiştir.

ATILLA(2012), araştırmasında, yatan hasta memnuniyetini açıklayacak kuramsal bir modelin belirlenmesi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti kavramları teorik alt yapıları ile beraber ele alınmıştır daha sonra ise kuramsal model ve araştırma kapsamında belirlenen hipotezler yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda hasta memnuniyetine ilişkin önerilen kuramsal modelin istatistiksel olarak geçerliliği belirlenmiş ve hipotezlerden ikisi kabul edilmiştir.

AKDUR (2014), Araştırmasında, hızla artan rekabet ortamında ülkeler ve sağlık hizmeti sunucuları medikal turizmden daha fazla pay alabilmek için yoğun çabalara girmektedir. Bu da sunulan hizmetin kalitesi ve müşteri memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Buradan hareketle bu çalışmada medikal turizmde hizmet kalitesini ölçmek, mevcut durumu ortaya çıkarmak ve önerilerde bulunmak amaçlanmıştır. Bu kapsamda özellikle sağlık sektöründe kullanılan servqual ölçeği temel alınmış ve medikal turizm kapsamında Türkiye'ye seyahat eden 223 yabancı katılımcıya anket uygulaması yapılmıştır. Uygulanan ankette 22 değişken ve 5 boyut için hipotezler test edilmiş, yabancı hastaların hizmet kalitesi beklentilerinin ne kadar karşılandığı ortaya çıkarılmıştır. Bu kapsamda katılımcıların en çok önem verdiği hizmet kalitesi boyutunun güvenilirlik boyutu olduğu, beklentileri karşılamaya en uzak boyutun duyarlılık boyutu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte algılanan hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında olumlu yönde ilişki olduğu, müşteri sadakatinin sağlanmasında müşteri memnuniyetinin aracı bir rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

GÜLBAĞCI (2015) Araştırmasında, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı acil servisine başvuran onkolojik hastaların yakınlarının memnuniyet düzeyleri ile Beck anksiyete ölçeği değerlerinin karşılaştırılması ve beklentilerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmada, acil servise 3 (üç) aylık süre boyunca başvuran onkolojik hastaların yakınlarına, 'Onkolojik Hasta ve Yakınlarına Ait Bilgi Formu' aracılığı ile kendisi ve hastası ile ilgili demografik bilgiler ve hastasının klinik bilgileri sorulmuş; hasta yakınlarının memnuniyet ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla 'Hasta Yakını Memnuniyet Düzeyi Formu' ve 'Beck Anksiyete Ölçeği' doldurtulmuştur.

TURHAN (2016) , araştırmasında, yoğun bakım servislerinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin değerlendirilmesi ve memnuniyeti etkileyen faktörlerin incelenmesi. Nisan 2014-Haziran 2015 tarihleri arasında, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki 3. Düzey yoğun bakım ünitelerinden olan Anestezi, Dahiliye, Genel Cerrahi ve Nöroşirürji yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta yakınlarına FS-ICU 24 baz alınarak hazırlanan anket uygulanmıştır. Kullanılan anketin aslı İngilizce olduğu için Türkçede ölçek niteliğini taşıması amacıyla öncelikle geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış, geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bu amaçla ilgili anabilim dallarından onay alındıktan sonra, 48 saatten fazla yatışı bulunan hastaların, hastayı en az bir kez ziyaret etmiş olan bir yakını çalışmaya dahil edilmiştir. Toplamda 369 anket ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın sonucunda hasta yakınları doktor ve hemşirelerin yetenek ve yeterliliğinden, yoğun bakım ortamından, hastaya verilen tedavinin eksiksiz olduğundan, verilen bakımın koordinasyonundan, hastaya ve hasta yakınına gösterilen tutumdan yüksek derecede, verilen bilginin niteliği, sıklığı, tutarlılığından, karar verme sürecinden ise iyi derecede memnun bulunmuştur. Hasta yakınlarının en memnuniyetsiz olduğu konu ise fiziki koşullar ve bekleme salonu ortamı iken bunu hemşire ile iletişim sıklığı izlemiştir. Hasta yakınlarının genel memnuniyet düzeyi yüksek olsa da, bekleme salonu koşulları gibi fiziki faktörlerin düzeltilmesinin, özellikle doktor ve hemşireler olmak üzere hasta yakını ile temasta bulunan tüm çalışanlara iletişim konusunda eğitim verilerek desteklenmelerinin hasta yakını memnuniyetini arttıracaklarını sonucuna varılmıştır.

Literatür taramasında incelenen Yüksek Lisans Tezleri

KÖSE (2016), Araştırmasında, özellikle kamu hastanelerinde hasta memnuniyeti “hastane çalışanlarının tutum ve yaklaşımları”, “hizmet şekli ve süreci”, “ulaşılabilirlik”, hastanenin fiziki görünümü”, hijyeniklik” vb. gibi alt kavramlar çerçevesinde incelenmiştir. Çalışmanın uygulama kısmında ise İstanbul ili Bakırköy Bölgesi, Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Kurumlar’ın (hastaneler) hastaları üzerinde anket çalışması uygulanmış ve anket çalışmasından elde edilen veriler SPSS paket programı kapsamında istatistiksel analiz şeklinde yorumlanmıştır.

AKÇİN (2016), Araştırmasında, sağlık hizmeti alımı sonrası memnuniyet/memnuniyetsizlik ile olumlu/olumsuz ağızdan ağıza pazarlamanın ilgisinin test edilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda hizmet alıcılarının sağlık hizmeti alma ve karar sürecinde tavsiye, bilgi, görüş ve tecrübelerini paylaştıkları ve paylaşımında buldukları kişilerden etkilendikleri ölçüde satın alma kararlarına yön verdikleri tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

KAÇAMAN (2016), Araştırmasında, hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla yazılmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde hizmet kalitesi ve sağlık hizmetleri kavramlarına ikinci bölümünde müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatine son bölümde ise yapılan araştırma ve sonuçlarına değinilmiştir.

GELMEZ (2016), Araştırmasında, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GYEAH)’nin poliklinik hizmetlerinden yararlanan hastaların, hastane hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile olan ilişkisini incelemektir. Araştırmada ayrıca, hasta bakış açısıyla en önemli ve en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarının belirlenmesi de amaçlanmaktadır.

Araştırmada Parasuraman ve ark., (1985) tarafından Geliştirilen, Babakus ve Mangold (1992) tarafından hastane hizmetlerine uyarlanan, Devebakan (2001) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş SERVQUAL Ölçeği kullanılmıştır.

Literatür taramasında incelenen makaleler

ŞAHİN vd. (2012), makalesinde, ameliyat olmak üzere hastaneye yatırılan hastalara verilen tıbbi ve tıbbi olmayan bakım hizmetlerinden hasta yakınlarının memnuniyeti araştırılmıştır. Araştırmada yüz yüze anket uygulaması yapılmış olup, Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 13.0 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlanmasında aritmetik ortalama \pm standart sapma ve oran (%) kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin istatistiksel analizinde ki-kare testi kullanılarak yorumlanmıştır.

KIDAK vd. (2008), makalesinde, bir eğitim ve araştırma hastanesi servislerinde yatarak tedavi gören hastaların, tedavileri süresince aldıkları hizmetlere yönelik memnuniyet düzeylerini yıllara göre ölçülüp değerlendirilmesi ve yıllar itibarıyla değişiminin izlenmesi amaçlanmıştır. 2007 ve 2008 yıllarında yatarak tedavi gören hastalar üzerinde anket uygulaması ile veriler elde edilmiştir. Analizlerin yapılmasında SPSS programı kullanılmıştır.

ÖNSÜZ vd. (2008), makalesinde, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların memnuniyet düzeylerini ve bunu Etkileyen faktörleri belirlemektir. Kesitsel tipteki bu araştırma, hastane servislerinde yatan 135 hastada, Şubat 2006 tarihinde yüz yüze gözlem altında anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada, araştırmacılar tarafından daha önce yapılmış çalışmalar da dikkate alınarak hazırlanan 61 soruluk anket formu kullanılmıştır. İstatistik analizlerde ki-kare testi, Fischer exact test, t test ve Mann Whitney U testleri kullanılmış ve $p < 0.05$ anlamlı fark olarak kabul edilmiştir.

Yukardaki çalışmalar genel olarak mevcut hastanelerin memnuniyetini ölçtükleri görülmüştür, bu çalışmada yeni kurulan şehir hastanelerinden memnuniyet ölçeği geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Konusu

Bu çalışmada şehir hastanelerinde hastaların memnuniyetinin belirlenmesidir. Hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin önemli bir parçasıdır. Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir (Söylemez vd. 2009: 110).

Hasta memnuniyeti, beklenen kalite ve algılanan kalitenin bir çıkarımıdır. Buna göre, hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunulmasından sonra geçirdiği deneyime bağlı olarak bazı algılara sahip olmaktadır. Hasta, beklediği kalite ve algıladığı kalite arasında yaptığı değerlendirme sonucunda tatmin olup olmamasına göre kararını vermektedir (Tükel, vd. 2014: 206). Hasta tatmini; “hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararları, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlükler, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, ön yargılarına) uygunluğuna bağlı bir işlemdir”.

Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar ülkemizde de çeşitli sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak giderek artmaktadır (Yılmaz, 2001).

Sağlık kuruluşları hastaların ihtiyaçları ve beklentileri ile sağlık alanında verilen hizmetlerden memnuniyetlerine göre, gerekli planlamayı yaparak ona göre hizmet sunumlarını düzenlemektedirler. Sağlık hizmetlerinde hastaya göre yaklaşımın önemsenmesi ile hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyeti ölçme ve değerlendirme büyük bir öneme sahiptir. Hasta memnuniyeti; hizmet alan hastaların aldıkları sağlık hizmetleri veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını içeren, daha çok sağlık hizmeti alanların algılarına göre ortaya çıkan bir kavramdır. Hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve gelişmesi için önemli bir konuma sahiptir. Hasta memnuniyeti; hastayı, çalışanları ve örgütsel sonuçları ölçmek için temel bir ölçüt sağlamaktadır (Yıldız-Yalman 2015: 12-13). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, performans ölçümünün önemli bir anahtarıdır. Bunun yanı sıra, hastanın sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, sağlık

hizmetlerinin nasıl sunulacağına karar verir ve hizmet kalitesini artırmak için periyodik olarak ölçülmesine ihtiyaç duyar. Hizmet işletmeleri, hastalarına (müşterilerine) sundukları hizmetin, niceliği ile kalitesini belirleme ve değerlendirme imkânına sahip değildirler. Hizmet kalitesini hastanın memnuniyeti (müşteri tatmin düzeyi) belirler. Tatmin ve kalite anlayışında, hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen süreç içindeki iletişim ile davranış ve bilgilendirme faaliyetleri de önemli rol oynamaktadır (Gülmez, 2005: 148).

Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılama ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır. Hizmet kalitesini belirleyen unsurlar; hizmetin sunulduğu ortam, görünüm, hizmetin zamanlaması, hizmeti sunanların konularında uzman olması, hizmetin süreklilik arz etmesi, güvenilir, doğru ve esnek olması gibi unsurlardır (Kıdak-Aksaraylı, 2008: 93)

Araştırmanın Amacı, Önemi ve Kapsamı

Hastaların istek ve beklentilerini karşılamak için sağlık hizmeti veren kurumların, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri bilmeleri, hasta memnuniyetini yükseltmek için neler yapılması gerektiğini de bilmeleri demektir. Bu sebeple, hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinde, yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak, hastaların memnuniyet düzeyleri belirlenecektir. Bu ölçekle, hastaların yaşadığı problemler ve bu problemlerin çözüm yolları ortaya konularak, hasta memnuniyetinin artırılması için, şehir hastaneleri ve diğer sağlık kurumları için bir rehber hazırlanacaktır.

Kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için, sağlık hizmeti veren kurumların alanlarında uzman olmalarıyla birlikte, hasta ile muhatap olurken, gerekli olacak bilgiyi de elde etmiş olmaları, hasta memnuniyeti açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır. Bu çalışmada; hastanelerde hastalara verilen sağlık hizmetlerinin, hastalarda meydana getirdiği memnuniyeti belirleyebilecek bir ölçek geliştirilecektir.

Sağlık alanında verilen hizmetleri, hastaların değerlendirmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin artmasına neden olmaktadır. Sağlık alanında verilen hizmetlerin kalitesini, ölçen yöntemlerden biri de hasta memnuniyeti anketidir. Hasta memnuniyeti anketleri ile elde edilen bilgiler; hastanın beklentilerinin karşılanma düzeyini belirlemesi ve esas otoritenin hasta olduğunun ortaya çıkarılması açısından önemlidir (Vedsted- Sokolowski-Heje, 2008: 174-180; Edirne-Avcı-Atmaca, 2009: 137-147; Özcan- Özkaynak, 2008: 96-101). Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde bulunan hasta memnuniyeti; maliyetin giderek arttığı sağlık hizmetlerinde, kaynakların doğru kullanımına karar verilmesi, sağlık hizmetlerinde ileri teknolojinin kullanılması, kaliteli sağlık bakımının yaygınlaşması açısından da önemlidir.

Ülkemizde özel sağlık işletmelerinin sayısının her geçen gün artması, yoğun bir rekabet ortamının yaşanmasına ve doğal olarak daha kaliteli hizmet verilmesi gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Çünkü kaliteli sağlık hizmetleri hem bireysel, hem de toplumsal yapıyı derinden etkiler(Papatya vd. , 2012: 88). Aynı zamanda kaliteli sağlık hizmetleri bireylerin mutluluğuna, işletmelerin verimliliğine ve ülkenin kalkınmasına kadar uzanan sarmal bir ilişki ortaya çıkarır. Bu yüzden sağlık işletmelerinde sağlanan hizmetin kalitesi sadece hastalar açısından değil, devlet kurumları ve hükümetleri de ilgilendiren önemli bir konudur

Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip olan ve hata kabul etmeyen bir hizmet alanıdır (Derin-Demirel, 2013: 1113). Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinin üzerinde en fazla hassasiyetle durulması gereken hizmet alanı olduğu gerçeği ortaya çıkmakta ve sağlık hizmetlerinin olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

ÖLÇME VE ÖLÇEK ÇEŞİTLERİ

1.1. Ölçme Tanımı

Ölçme veya ölçüm genel olarak insanların merak ettikleri ve ihtiyaç duydukları gereksinimlerini karşılamak için tespit etmeleri gereken sonuçlar olarak adlandırılabilir. Günlük hayatta insanlar bilinçli yâda bilinçsiz sürekli ölçme yaparak kararlarını verebilmekte. Sosyal hayat ve bilimsel metotların yaklaşımında ölçüm neticesinde değerlendirme ve karar verme işlemi yapılabilir. Örneğin sosyal hayatta kişiler bedenlerini ölçerek kıyafet alır, ayak ölçüsüne göre ayakkabı alır, Aile birey sayısına göre araç alır vb. bilimsel açıdan bazı örnekler verilebilir, örneğin tansiyon ölçümüne göre ilaç miktarı belirlenir, kan basıncı ölçümüne göre tedavi şekli belirlenir, müşteri memnuniyeti ölçülerek işletmenin ne durumda olduğuna karar verilebilir.

Ölçme, kişi veya nesnelere ait bir niteliğin ya da özelliğin yapılan gözlemlerin incelenmesi süreci olarak tanımlanabilir. Bu süreç üç aşamadan oluşmaktadır. (akt: Bardakçı(2013) , Thorndike ve Hagen, 1986:5).

- Ölçülecek olan niteliğin ya da özelliğin belirlenmesi ve tanımının ortaya konması,
- Ölçülmek istenen niteliğin fark edilebileceği işlem adımlarının belirlenmesi,
- Bu işlemler sonucunda elde edilen gözlem sonuçlarının nicel olarak ifade edilebilmeleri için gerekli yöntemlerin tespit edilmesidir.

1.2. Ölçmenin Sınıflandırılması

1.2.1. Doğrudan Ölçme

Bir özelliği kendisiyle ilgili olan, benzer olan bir özellikle doğrudan doğruya direk ölçülebiliyor ise doğrudan ölçüm türüdür. Doğrudan ölçmeye bazı örnekler verilebilir. Bir kovadaki suyu bir tasla boşaltarak suyun hacminin kaç tas olduğunu bulmak, bir bahçenin enini adımlayarak ifade etmek, terazi ile ağırlık ölçmek, temel

ölçmeye örnek olarak verilebilir. Mineralleri birbirine sürterek sertliklerine göre sıraya koymak, öğrencileri boy sırasına göre arka arkaya dizmek de temel ölçme işlemlerinden bazılarıdır (Turgut, 1983:22)

1.2.2. Dolaylı Ölçme

Özelikle sosyal bilimlerde dolaylı ölçme kullanılmaktadır. Direk gözlenemeyen, doğrudan doğruya ölçülemeyen değişkenler dolaylı ölçüm türü ile ölçülmektedir. Dolaylı ölçmede ölçülmek istenen özellik direk ölçülemiyor ise onunla ilgili yakından ilişkili olduğu bilinen başka bir nicelikle ölçülür. Bu ikinci niceliğin ölçüm sonuçlarından yola çıkılarak bir ilişki veya bir tanım yardımıyla ilk niceliğe ait ölçümler belirlenir (Karasar, 2000). Dolaylı ölçümlerde algı, zekâ, akademik başarı gibi değişkenlerin ölçümünde kullanılır.

1.2.3. Doğrudan ve Dolaylı Ölçmenin Arasındaki Farklar

Doğrudan ve dolaylı ölçümler arasında ölçme, yorumlama ve hata miktarları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar aşağıdaki gibi karşılaştırılmıştır:

DOĞRUDAN ÖLÇME	DOLAYLI ÖLÇME
1. Ölçme işlemi doğrudan yapılır ve gözlemlenir.	1. Ölçme işlemi doğrudan yapılmaz
2. Kendine ait ölçme aracı kullanılır.	2. Başka bir araç kullanılır.
3. Yorumlamak kolaydır.	3. Yorumlamak zordur.
4. Hata miktarı azdır.	4. Hata miktarı çoktur

1.3. Ölçmenin Önemi

Bilimsel araştırmalarda ölçme süreci, ölçülmek istenen değişkenlere/özelliğe/özelliklere ilişkin bir kuramsal çerçeveyi gerekli kılar. Yani araştırmacı kendisi bakımından değişkenleri en iyi açıkladığını/tanımladığını düşündüğü, en yetkin kuramsal yaklaşımı referans olarak tercih edebilir. Bu tercihten sonra ölçek tamamen bu kuramı esas alarak geliştirilir. Bu noktada hemen şunu vurgulayalım; bilimsel çalışmada kullanılacak ölçekler mutlaka ve mutlaka bir kuramsal çerçeveye dayalı olmalıdır. Bu noktada bir başka önemli şey ise kuramda ölçülmek istenen özelliklerle ilgili olarak yer alan hipotetik önermeleri/kuramsal ele

alışları yani gözlenebilir hale getirmektir. Her işlevsel tanım ölçülmek istenen özelliğin (tutumun)“nasıl ölçülebileceğini” belirler ve ölçme konusu özelliği somut ve özel hale getirir. Tutumlar (duygu ve düşünceler), kanaatler, inançlar davranışları hazırlayan içsel eğilimlerdir ve doğrudan gözlenemezler. Davranışı hazırlayan bu içsel eğilimler somutlaştırılarak ölçülür. Bu davranışların çoğu sözel tepkiler olarak belirlenebilir. (Bayat 2014, s.4)

Görülüyor ki, ölçme işlemi esasen bir “ayırma/soyutlama” işlemidir. Bilimsel araştırmada olay, olgu, nesne ve varlıkların belli nitelikleri bütünü içerisinden ayrılmakta, gözlenebilir hale getirilmekte ve sonra olay, olgu, nesne ve varlığın bu “bütünden ayırma/soyutlama yapılmış/soyutlanmış” özelliğe hangi düzeyde sahip olduğu belirlenmeye çalışılmaktadır.

1.4. Ölçek Çeşitleri

Ölçek çeşitleri, sınıflama, sıralama, eşitlik, eşitsizlik, toplama, çıkarma, çarpma, bölme gibi matematiksel işlemlerin yapılabilmesine bağlı olarak dört ana başlıkta incelenebilir. Bunlar; sınıflama/isimsel (nominal), sıralama (ordinal), aralıklı (interval) veya oransal/rasyo (ratio) ölçekleridir.

1.4.1. Sınıflama Ölçeği

Sınıflama ölçeği bir cisim veya olayı belirli bir isme göre diğer cisim veya olaydan ayırmaya yarar. Sınıflama ölçme düzeyinde birimlere verilen sayı sadece bir ad olarak düşünülür. Birimlere sayı yerine harfleri ya da isimler vermenin de hiçbir sakıncası yoktur. Sınıflama ölçme düzeyinde sayılar büyüklük sırasını bile göstermezler. Bu nedenle sınıflama ölçme düzeyi çok kaba bir ölçmedir. Öğrencilerin baba mesleklerine, bitirdikleri okullara, taraftarı oldukları spor kulüplerine ve okula gelirken kullandıkları ulaşım araçlarının türlerine göre gruplandırılması sınıflama ölçme düzeyine birer örnek olarak verilebilir. Sınıflama ölçeğinde; aynı isim altında toplanan verilerde, belirli bir özelliği taşıma bakımından eşitlik vardır. Sınıflama yoluyla elde edilen ölçme sonuçları üzerinde ancak sınıfların frekanslarına dayanan istatistiksel işlemler anlamlı olur (akt: Bardakçı(2013), Turgut, 1983:19).

Sınıflama ölçeği en az kısıtlı fakat en güçsüz ölçektir. Bu ölçekte ölçülmüş sayıların anlamı yalnız ve yalnız temsil ettikleri bireyleri, olayları veya durumları

tanıtmalarıdır. Mesela, futbolda kullanılan numaralarda 9 numara santraforu, 1 numara kaleciyi belirtir. Bu 9 veya 1'in sayı olarak hiçbir anlamı yoktur. Burada her sayı yalnızca kendisine eşittir ve her sayı ile temsil ettiği birey arasında tam bir özdeşlik vardır.

1.4.2. Sıralama Ölçeği

Sınıflama ölçeğine ek olarak nesnelere (olayları) önem veya büyüklüklerine göre sıralar. Sıralama ölçeğinde kategorilerden birisinin diğerinden daha büyük veya daha önemli olduğu bilgisi verilir, fakat birinin diğerinden ne kadar büyük veya ne kadar önemli olduğu bilgisi verilmaz. Yani, bu ölçek sayıların sıralanmasına bakar, fakat sayılar arasındaki miktar farkına bakmaz. Örneğin iki firmayı büyüklüklerine göre sıralar. Fakat firmalardan herhangi birinin diğerinden ne kadar büyük veya küçük olduğunu söylemez.

Sıralama ölçeğinde verilen sayılar mutlak değil görecelidir. Yani, bir gruba katılacak yeni bir eleman, sıra numaralarının değişimine sebep olabilir. Örneğin firma büyüklüklerinin sıralamasında A firması birinci, B firması ikinci iken, bu gruba katılan C firması A firmasından büyükse, C firması birinci, A firması ikinci ve B firması üçüncü olacaktır. Dolayısıyla başlangıç noktası ve sıralar sabit değildir. (Kartal, 1998:17)

Sıralama ölçeğinde, $A > B$ ise $A < B$ olamayacağından simetriklik yoktur. Fakat $A < B$ ve $B < C$ ise $A < C$ olacağından geçişme özelliği vardır. Sıralama ölçeği ile elde edilen verilerle, sınıflama ve sıralama yapılabilmeyle birlikte, diğer matematiksel işlemler (toplama, çıkarma, çarpma, bölme) yapılamadığından istatistiksel testlerin kullanımı da sınırlıdır.

Sosyal statüler, tercih sıralamaları, yarışma sıralamaları, firma büyüklükleri, olayların önem dereceleri, toplumsal sınıflar gibi değişkenler sıralama ölçeği düzeyinde ölçülürler. Sıralı ölçekli veriler için aşağıdaki istatistiksel analizler yapılabilir;

- Frekanslar bulunarak karşılaştırmalar yapılabilir.
- Yüzdeler bulunarak karşılaştırmalar yapılabilir.

- Sınıflarda yığılımın homojenliği test edilebilir.
- Sıralı ölçeklere uygulanan uygunluk, ilişki (association measures), farklılık ve etki testleri kullanılabilir.
- Ortalama olarak medyan kullanılabilir.
- Kartil aralığı, değişim aralığı vb. belirtici istatistikler hesaplanabilir.
- Çapraz tablolar oluşturularak analizler yapılabilir.
- Dizilişlerin (art arda gelişlerin) rassallığı test Edilebilir.

1.4.3. Aralık Ölçeği

Bu ölçekte veriler, nesne yâda özellikleri daha büyük yâda daha küçük diye sıralamakla kalmayıp bunlar arasında kesin uzaklığı da gösterme imkânı veriyorsa ve bu uzaklık ölçüm boyutunun tüm değerleri için aynıysa aralık ölçeğinden bahsedilir. Bu ölçekte sıralama ölçeğinin tüm özelliklerini taşıdığı gibi, ölçtüğü nesnelere arasındaki uzaklığın ölçülmesine de olanak tanımaktadır.

Aralık ölçeği, ya iki noktası belirlenip bu iki nokta arası eşit aralıklara bölünerek veya bir noktası belirlenip bu noktadan itibaren belli bir ölçü birimiyle bölünerek de oluşturulabilir. Bu ölçekte keyfi bir başlangıç noktası vardır. Bu ölçekteki sıfır değeri, ölçülen özelliğin gerçekten hiç bulunmadığı anlamına gelmez. Aynı şekilde ölçüm karakteristiklerinden biri diğerinin katları ile ifade edilemez, ancak ölçümler arasındaki farklar birbirinin katı olarak ifade edilebilirler. Bu ölçek, ilk iki ölçeğe göre daha güçlüdür. Birçok istatistiksel teknik bu ölçekte kullanılabilir. (Bircan, 2006: 8)

1.4.4. Oran Ölçeği

Aralık ölçeğindeki, itibari sıfır noktası yerine gerçek sıfır noktası konulabilirse, elde edilen yeni ölçeğe "oran ölçeği" denilir. Oran ölçeğinde başlangıç noktası sabit olmakla beraber, ölçek üzerindeki noktalar birbirinin katı olarak ifade edilebilirler. Bu sebeple, bu ölçekle ölçülmüş verilere tüm matematiksel işlemler uygulanabilir. Ağırlık, uzunluk, miktar, fert sayısı v.s belirten değişkenler oran ölçeğinde ifade edilirler. Metre, kilogram gibi ölçme araçları oran ölçeğine uygun olarak geliştirilmişlerdir. Bu araçlardaki sıfır noktası, ölçülen özelliğin hiçliğini,

yokluğunu gösterir. Mesela, bir şeyin uzunluğu sıfır metredir demek, aslında ortada ölçülecek bir uzunluk yok demektir.

İstatistik; araştırmalar için toplanan veriler kaydedilirken, daha güçlü bir ölçekten faydalanılmak istenir. Ancak, bu her zaman mümkün olmayabilir. Mesela, yıllık gelirle ilgili bir araştırmada genellikle, fertler gelirlerini tam olarak söylemek istemezler, fakat hangi gelir grubuna girdiğini ifade edebilirler. Bu gibi durumlarda daha zayıf ölçeklerle yetinmek zorunda kalınır. Bazı durumlarda da güçlü bir ölçekle çalışmak gereksiz zaman kaybına sebep olabilir. Sözelimi, bir gelir dağılımı araştırmasında gelirleri tek tek kaydetmek yerine "düşük, orta, yüksek" şeklinde sınıflarla ifade etmek, yani, sıralama ölçeği kullanmak yeterli olacaktır. (Kartal 1993: 6).

İKİNCİ BÖLÜM

YAPISAL EŞİTLİK MODELİNE GİRİŞ

2.1. Yapısal Eşitlik Modelinin Tanımı ve Önemi

Yapısal eşitlik modeli öğrenilmesi zor bir kavram olarak düşünülmektedir, fakat yapısal eşitlik modeli kullanımı aslında hem kolay hem de eğlenceli olduğu görülmektedir. Önceden yapısal eşitlik modeli sadece uzmanlar tarafından kullanırken şimdi gelinen noktada AMOS sayesinde grafik ara yüzünün sağlamış olduğu kolaylık sayesinde araştırmacılar tarafından da rahatlıkla kullanıldığı söylenebilir (Meydan-Şeşen 2015, s. 8). Yapısal eşitlik modellemesi (YEM) ya da İngilizce adıyla Structural Equation Modelirig (SEM), günümüzde sosyal bilimler, davranış bilimleri, eğitim bilimleri, ekonomi, pazarlama ve sağlık bilimleri başta olmak üzere, birçok bilim dalı tarafından kullanılan, belirli bir teoriye dayalı olarak gözlenebilen ve gözlenemeyen değişkenlerin nedensel ve ilişkisel bir model içinde tanımlanmasına dayanan çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir.

Yapısal eşitlik modellerinin bilimsel çalışmalarda çokça kullanılıyor olmasının temel nedeni, verilen bir modeldeki gözlenen değişkenlere (hem bağımlı hem bağımsız) ilişkin ölçüm hatalarını açıkça hesaba katan bir yöntem olmasından kaynaklanmaktadır. Yapısal eşitlik modellerinin aksine geleneksel regresyon analizinde açıklayıcı değişkenlerdeki olası ölçüm hataları göz ardı edilmektedir. Bu nedenle de regresyon analizi sonuçları yanlış ve yanıltıcı sonuçlar verebilmektedir (Bayram 2013, s. 2).

Ölçüm hatalarının üstesinden gelmesinin yanı sıra yapısal eşitlik modelleri ayrıca araştırmacıların çok değişkenli kompleks modeller geliştirmesi, tahmin etmesi ve test etmesine de olanak sağlamakta ve verilen modeldeki değişkenlerin direkt ve dolaylı etkilerini de dikkate almaktadır. Direkt ve dolaylı etkilerin kombinasyonu açıklayıcı değişkenin bağımlı değişken üzerindeki toplam etkisini ortaya koymaktadır.

Regresyon analizi ele alınan açıklayıcı değişkenlerde ölçüm hatası olmadığında dolaylı etkileri tahmin etmek için kullanılabilir.

Ancak bu varsayım sosyal bilimlerde ve davranış bilimlerindeki ampirik çalışmalarda gerçekçi sonuçlar vermemektedir. Bunun yanı sıra uygun tahminlerin standart hatalarını regresyon analizinin ardışık uygulamalarını kullanarak hesaplamak zordur. Fakat dolaylı etkilerle çalışmayı amaçlayan yapısal eşitlik modellemesi uygulamaları ile bu zorluklar giderilebilmektedir (<https://prezi.com/>)

Yapısal eşitlik modeli aynı anda yapılan regresyon analizi olarak değerlendirilebilir. Analizi oluşturan modelin gözlenen ve gizli değişkenlerin birlikte test edilmesi ile elde edilen sonucun, eldeki verilerle ne derece uyumlu olduğunun ortaya konmasıdır. Modelin test edilmesiyle elde edilen uyum indeksleri model ile veri arasında uyum olduğunu gösteriyor ise yapısal olarak oluşturulan hipotezler kabul edilmektedir. Uyum indeksleri böyle bir uyumun olmadığını gösteriyor ise hipotezler reddedilmektedir.

Yapısal eşitlik modeli diğer istatistik modellerden en önemli farkı keşfedici bir yaklaşım yerine doğrulayıcı bir yaklaşımı benimsemedir. Hata hesaplamalarında oldukça net sonuçları ortaya koymaktadır. Klasik yöntemlerde sadece gözlenebilen değişkenlerin üzerinde işlem yapılırken, yapısal eşitlik model ile hem gözlenen hem de gizli değişkenleri üzerinde test yapılabilmektedir.

2.2. Yapısal Eşitlik Modelinin Tarihsel Gelişimi

Yapısal eşitlik modelinin tarihsel gelişimini bazı istatistik kavram aracılığı ile ele almak gerekir. Bu analizler sırayla Regresyon analizi, Path analizi, Doğrulayıcı Faktör analizi (DFA) ve en sonunda yapısal eşitlik modelidir.

Regresyon modeli, bağımsız değişken ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkinin matematiksel bir fonksiyonla ifade edilmesidir. Korelasyon katsayısı ilişkili modelleri tanımlamak için ilk kez ifade edilmiştir. 1940 yılında faktör modeli ve ölçme aracı için uygulamalar geliştirilmiştir (<https://prezi.com/>:).

Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) sosyal bilimler alanında *karmaşık ilişkileri modelleme yöntemi* olarak 1980'lerin sonlarına doğru ortaya çıkmış ve fen ile sağlık bilimlerinde de yararlı bir araç olarak özellikle son yıllarda konuya ait bilgisayar programlarının çoğalmasından dolayı giderek yaygın kullanım olanağı elde etmiştir. Yapısal eşitlik modellerinin bilimsel çalışmalarda çok yaygın kullanılıyor olmasının temel nedeni, verilen bir modeldeki gözlenen değişkenlere

ilişkin ölçüm hatalarını açıkça hesaba katan bir yöntem olmasından kaynaklanmaktadır. (Bayram 2013, s. 5)

2.3.Yapısal Eşitlik Modeli İle İlgili Temel Kavramlar

2.3.1. Gözlenen ve Gizli Değişkenler

Gözlenen değişken: veri setinde bulunan, değişkenlere denir, örneğin yaş, eğitim durumu, kilo, boy, gelir anket soruları gibi değişkenler gözlem sonucu elde edildiği için gözlenebilen değişken olarak adlandırılır.

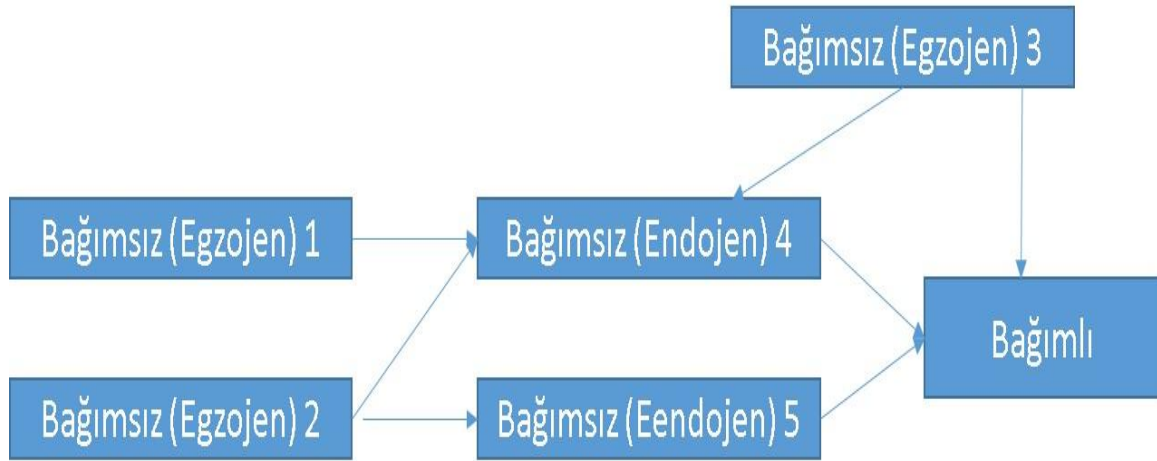
Gizli değişken ise doğrudan ölçülemeyen değişkenlerdir, gözlenebilir değişkenlerin faktör analiz yapılarak yeni bir değişken oluşturulması ile ortaya çıkan değişken gizli değişkendir. Faktör analizi yapılarak oluşturulan faktörlerin doğrulayıcı faktör analizi ile de doğrulanması sonucu oluşan faktörler isimlendirilir. İsimlendirilen bu faktörler Geliştirilen ölçeğin yeni değişkenleri yani gizli değişkenleridir.

Yapısal eşitlik modellemesi gözlenen ve gizli değişkenler arasındaki nedensel ilişkinin test edilmesinde kullanılan çok kapsamlı bir tekniktir. Gizli değişkenler araştırmacıların en çok ilgilendiği araştırma konusu olan değişkenlerdir. Yapılan analizler sonucunda gözlenen değişkenlerin tek tek incelenmesi zor ve anlamsız olacağından dolayı doğrulayıcı faktör analizi sonucu belirlenen faktörlerin analiz edilmesi daha anlamlı olacaktır. (Karagöz, 2017: 453)

Gözlenen değişkenler bir ölçüm aracı vasıtası ile ölçülebilirken örneğin boyu ölçmek için metre, kiloyu ölçmek için terazi gibi araçlar bulunurken. Gizli değişkenleri örneğin zekâyı, duyguyu, memnuniyeti ölçmek için bir ölçüm aracı bulunamamakta. Bundan dolayı gizli değişkenleri ölçmek için yapısal eşitlik modeli ile araştırmacılar tarafından araştırılacak konu ile ilgili ölçekler geliştirilmesi ve bu ölçeklerin araştırmacıların elinde bulunan bir ölçüm aracı olarak kullanılması hedeflenmektedir. Geliştirilen ölçeklerin yol gösterici olarak bilim insanlarına yani araştırmacılara bir örnek teşkil etmesi açısından büyük önemi vardır. Bundan dolayı gizli değişkenlerin belirlenmesi analizlerin doğru yorumlanmasını sağlamaktadır.

2.3.2. Egzojen ve Endojen Değişkenler

Yapısal bir model en temel anlamda, gözlemlenen ya da gözlemlenemeyen değişkenlerle, bunlar arasındaki neden-sonuç ilişkisini gösteren oklardan oluşur. Yapısal Eşitlik Modelinde, klasik istatistiksel yöntemlerden farklı olarak, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin yerine dışsal (exogenous) ve içsel (endogenous) değişken tanımlamaları kullanılır. Bunun en temel nedeni, YEM modellerinde bir değişken bazı değişkenler için bağımsız değişken iken, aynı anda bazı değişkenler için de bağımlı değişken olabilmesidir. Bu nedenle YEM modellerinden bahsederken, geleneksel regresyon denklemlerinde kullanılan bağımlı ve bağımsız değişken tanımlarının kullanılması çok da doğru olmayacaktır (Meydan-Şeşen 2015: 9).



Şekil 1: Egzojen ve Endojen Değişken Şeması

Veri setinde bulunan değişkenler birbirini etkilediği durumlarda değişkenin bağımlı olma ya da bağımsız olma durumu değişmektedir. Örneğin yukarıdaki şekilde görüleceği üzere 4 ve 5 bağımsız değişkenleri 1,2,3 bağımsız değişkenden etkilenmektedir. Bu sebeple 4, 5 bağımsız değişkenleri endojen değişken. 1,2,3 bağımsız değişkenleri ise bağımsız değişkenden etkilendiğinden dolayı egzojen değişken olarak ifade edilir. (Karagöz 2017: 455)

Yukardaki şekilden de anlaşılacağı üzere yapısal eşitlik modelinde değişkenleri model içerisindeki tüm değişkenler hem bağımlı hem de bağımsız değişken olabilmektedir. Bundan dolayı hangi değişkenin bağımlı veya bağımsız olduğunu söylemek mümkün değildir. Değişkenlerin bağımlı yâda bağımsız olarak ifade edilmesi yerine endojen ve egzojen olarak ifade edilmesi daha doğru olacaktır.

2.3.3. Yapısal Eşitlik Modelinin Tahmini

Yapısal eşitlik modellemesinde model parametrelerinin tahmininde farklı yöntemler kullanılmaktadır.

Çeşitli uyum fonksiyonları veya tahmin süreçleri mevcuttur. Diğer bir ifade ile modeldeki değişkenlerin ölçeklerine ve/veya dağılım özelliklerine göre kullanılacak değişik tahmin teknikleri söz konusudur. (Bayram 2013: 54)

En yaygın kullanılan tahmin teknikleri ise, maksimum olabilirlik, geliştirilmiş en küçük kareler, ağırlıksız veya olağan en küçük kareler, ölçekten bağımsız en küçük kareler ve asimptotik olarak dağılımdan bağımsız tahmin yöntemleridir (Bayram 2013: 55).

Yapısal eşitlik modellemesinin üç temel varsayımı vardır;

1. Örneklem hacmi büyük olmalıdır. Bu kısma ait bilgi yapısal eşitlik modellerinin varsayımları bölümünde ele alınmıştır.
2. Gösterge değişkenleri en az eşit aralıklı ölçme düzeyinde ölçülmüş sürekli değişkenler olmalı, kesikli, sıralayıcı veya kategorik değişkenler olmamalıdır.
3. Gösterge değişkenleri çok değişkenli normal dağılıma sahip olmalıdır. Özellikle aşırı basınlığa karşı duyarlıdır.

2.3.4. Yapısal Model Örnekleri

Yapılan eşitlik modeli çalışmalarına dikkat edildiğinde yapısal model örneklerinin genel anlamda dört temel başlık altında toplandığını söyleyebiliriz (Raykov, Marcoulides 2006: 3).

Birincisi yol analizidir, yol analizi gözlenen ve gizli değişkenlerle olan iki farklı çalışma türüne sahiptir. Yol analizi birden çok değişken arasındaki nedensel olan ilişkilerin analizinde kullanılır, doğrudan olan veya olmayan etkileri göstermektedir. Bu yönüyle çoklu regresyon analizine benzese de yol analizinin üstün tarafları vardır. Çoklu regresyon analizinde sabit olan bağımlı değişken yol analizinde değişerek aynı zamanda bağımsız değişken olabilmektedir. Yol analizinin ikisinde de değişkenler arasındaki ilişkilerde bir değişken bağımlı

değişken olsa da bağımsız değişken de olabilir. Bu avantajları itibariyle yol analizi birden fazla çoklu regresyon analizi yapmamızın da önüne geçmektedir (Schumacker, Lomax 2010: 143).

Yapısal eşitlik modelinde kullanılan başka bir yöntem ise doğrulayıcı faktör analizi modelidir. Açıklayıcı faktör analizi yapıldıktan sonra faktör yapılarını kontrol ve test etmek amacıyla kullanılan doğrulayıcı faktör analizi Kline' ne (2005) göre açıklayıcı faktör analizinden daha yoğun istatistiksel işlemlere sahiptir. Sahip olunan bu yapı genel olarak ölçek geliştirmede oldukça etkindir. Ölçek geliştirecek araştırmacı doğrulayıcı faktör analizi kullanımı ile aslında gözlemlemek istemediği fakat veri tarafından ortaya çıkan ilişkileri de öğrenerek kurgulamış olduğu yapıyı tekrar tasarlayabilir (Şimşek 2007: 4-5).

Doğrulayıcı faktör analizi gözlenen değişkenlerin bir ya da birden fazla gizli değişken oluşturup oluşturmadığını test ederken aynı zamanda da gizli değişkenler arasındaki ilişkileri de analiz etmektedir. Bu yapısı itibariyle de birden fazla doğrulayıcı faktör analiz modelleri vardır. Bunları aşağıdaki gibi kısaca özetleyebiliriz (Meydan, Şeşen 2015: 21-22)

1. Tek faktörlü model
2. Birinci düzey çok faktörlü model
3. İkinci düzey çok faktörlü model
4. İlişkisiz model

Üçüncü model yapısal regresyon modelidir. Yapısal regresyon modeli, yol analizi ve doğrulayıcı faktör analizinin eş zamanlı olarak ele alınmasıdır. Yapısal regresyon modelinin doğrulayıcı faktör analizinden farkı, gizli değişkenler arasında olan ve bilinmeyen ilişkilerdir. Bu açıdan gizli değişkenler arasında çift yönlü oklar kullanılmaz bunun yerine gizli regresyon katsayıları ele alınır. Yapısal regresyon analiz modeli yol analizinde olduğu gibi doğrudan ya da dolaylı etkileri test etmeyi sağlar. Bahsedilen bu özellikleri sayesinde yapısal regresyon analizi tek bir modelde hem yapısal hem de ölçüm ilişkilerini ele alan esnek bir yapıya sahiptir (Yıldırım 2017: 51).

Yapısal eşitlik modelinde kullanılan son model ise gizli değişken değişim modelidir. Gizli değişken değişim modeli köken olarak literatürde temel Bileşen analizine ve açıklayıcı faktör analizine dayanmaktadır. Model uzunca bir veriyi içinde barındıran modellerle çalışmakta olup değişimleri gözlemlemeyi amaçlamaktadır (Preacher, Wichman, MacCallum, Briggs 2008: 4).

2.3.5. Yapısal Eşitlik Modeli Stratejileri

Yapısal eşitlik modeli konusunun en temel kavramlarından birisi niteliğindedir. Her bir Yapısal eşitlik model çalışması, özünde sağlam teorik çatının yer aldığı bir modelin sınanmasını amaçlar. Hem ölçek çalışmalarında kullanılan doğrulayıcı faktör analizlerinde (confirmatory factor analysis) hem de bir dizi neden-sonuç ilişkilerinin test edildiği yol analizi (path analysis) çalışmalarında, her zaman bir ya da birden fazla modelin sınanması söz konusudur. Bu analizlerde, söz konusu modellerin veri tarafından doğrulanıp doğrulanmadığı, teorik evrende varsayılan ilişkilerin ampirik gözlem sonucu elde edilmiş olan veri setinde de var olup olmadığı anlaşılmalı çalışılır. Yapısal eşitlik modeli çalışmalarını kurulan modeller açısından üç türe ayrılmıştır. (Bentler, 1980: 425).

1. Doğrulayıcı modelleme stratejisi: Bu tür modelleme çalışmalarında araştırmacının temel hedefi, çok net olarak belirlenmiş bir modelin veri tarafından doğrulanıp doğrulanmadığını test etmektir. Ancak modelin veri tarafından doğrulanması, onun tamamıyla 'doğrulandığı' anlamına gelmez. Araştırmacı, söz konusu modelin, olası başka modellerin içinden doğrulanabilir bir model olduğunu varsayabilir. Sonuç olarak burada araştırmacının temel kaygısı, hedef alınan teorinin veri tarafından desteklenip desteklenmediği, yani ya hep ha hiç durumudur. Bu nedenle bu tür modellere 'tamamıyla doğrulayıcı' (strictly confirmatory) modeller de denir.

2. Alternatif Modeller Stratejisi: Bu tür çalışmalarda temel amaç, bir dizi değişken ele alındığında, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkileri açıklamada alternatif modeller arasından en çok hangisinin veri tarafından desteklendiğini belirlemektir.

3. Model Geliştirme Stratejisi: Adından da anlaşılacağı üzere, bu tür çalışmaların temel amacı, bir dizi değişken arasındaki ilişkileri en iyi açıkladığı

varsayılan bir modelin test edilmesi ve analiz sonuçlarına dayanarak, modelin geliştirilmesi yönünde iyileştirmeler yapılmasıdır. Bu tür çalışmalar, açıklayıcı bir modelin geliştirilmesi aşamasında iç görü kazandırma anlamında oldukça katkı sağlayabilir.

Bu modelleme stratejileri arasında literatürde en kabul göreni, alternatif modeller stratejisidir, çünkü bilimsel araştırmanın doğası gereği, bir dizi değişken arasındaki ilişkilerin açıklanmasında, birden fazla modelin aynı düzeyde geçerli sonuçlar verebilmesi her zaman olasıdır. Bilimsel ilerlemenin bir koşulu da zaten alternatif modellerle açıklama olasılığının her zaman açık olmasıdır. Bilimde ilerleme her zaman geçerli modellere alternatif başka modellerin geliştirilmesi olasılığı göz önünde bulundurularak mümkün olabilir. Bu da bilimsel arenada tartışmanın önemini gösterir. İşte bu anlamda, alternatif modellerin daha çok rağbet görmesi son derece anlamlıdır, çünkü her bilim alanında neredeyse her teorik açıklamanın bir alternatifi söz konusudur.

Ayrıca alternatif modelleme stratejisinin bir başka avantajı, söz konusu değişkenler arası ilişkilere dair olası en iyi açıklamanın test edilen model tarafından üretildiğine dair daha güçlü kanıtların sunulmasına olanak tanımaktır. Şöyle ki, eğer araştırmacının elinde literatürdeki okumaları sonucunda alternatif bir model olmasa bile, eldeki değişkenler dikkate alındığında olası diğer modelleri de test etmesi beklenir, çünkü Yapısal eşitlik modeli çalışmalarında her zaman için şansa bağlı bir doğrulama söz konusu olabilir. Böylesi bir uygulama, test edilen modelin, olası diğer modeller arasından, eldeki kovaryans matrisi dikkate alındığında bitişik bir uyuma sahip olduğuna dair güçlü bir kanıt sağlar.

2.4. Yapısal Eşitlik Modelinin Adımları

Yapısal eşitlik modelinde işlem süreci altı adımdan oluşmaktadır. Bir modelin oluşturulması demek, değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerini tanımlayan bir yapısının ortaya konması anlamına gelmektedir. Model oluşturma aşamalarında, değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde korelasyon ve açıklayıcı faktör analizi sonuçlarından faydalanmak gerekir. Yapısal eşitlik modelinin oluşturulmasında aşağıdaki süreç takip edilir (Karagöz, 2017:461).

1. Teorinin Oluşturulması: Model oluşturmada ilk ve en önemli adım teorinin ortaya konulması ve ayrıntılı olarak incelenmesi gereklidir.
2. Modelin Belirlenmesi (Model Specification) ve Çizimi: Teori oluşturulduktan sonra, teori doğrultusunda model belirlenerek, modelin çizimi gerçekleştirilir.
3. Örneklemin Belirlenmesi ve Verilerin Elde Edilmesi: Modelin test edileceği örneklem belirlenir ve veriler toplanır.
4. Modelin Test Edilmesi: Elde edilen verilerle modelin doğru olup olmadığını belirleyebilmek için analiz yapılır. Analiz, araştırmanın amacına uygun olarak doğrulayıcı faktör analizi, yol analizi, yapısal regresyon analizi ya da gizli büyüme eğrisi modeli ile yapılır.
5. Uyum İyiliği İndeksleri İncelenir: Analiz sonucunda bulunan uyum iyiliği indeksleri değerlendirilerek, modelin uyumlu olup olmadığı belirlenmeye çalışılır.
6. Modelin modifikasyonu: Model uyumlu değilse, model üzerinde değişiklikler yapılır

2.4.1. Modelin Belirlenmesi ve Test Edilmesi

Yapısal eşitlik modelinde teori incelendikten sonra, teoriye göre model belirlenerek modelin çizimi yapılır. Modeldeki değişkenlere ait tüm parametreler tanımlanır. Modelde yer alacak tüm değişkenler ve ilişkiler belirlenir.

Yapısal eşitlik modelinde, modelin test edilmesi uyum indeksleri ile yapılır. Uyum testleri genellikle teorik olarak belirlenmiş modelin kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans karşılaştırması esasına dayanır (Karagöz,2017:462). Bu matrislerin farklarının fazla çıkması verilerin teorik modelle uyumlu olmadığını, farkın az olması ise uyum olduğunu gösterir.

Modelin test edilmesiyle oluşan verilerin uyum indeksleri model ile veri arasında uyumlu olduğunu gösteriyor ise oluşturulan hipotezler kabul edilir. (Meydan-Şeşen 2015: 5)

2.4.1.1. Uyum İndeksleri

Belirlenen modelin veriye ne kadar uyum sağladığını belirlemek için uyum iyiliği istatistiklerinden yararlanılır. Parametre anlamlılığı sınılandıktan sonra modelin

genel uygunluğu ve parametrelerin tek tek uygunluğu incelenir (Kaynak, 2012: 23). Aşağıdaki tabloda uyum indeksleri verilmiştir.

Model Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2 Uyum testi	$0,05 < p \leq 1$	$0,01 < p \leq 0,05$
CMIN/SD	$\chi^2 / sd \leq 3$	$\chi^2 / sd \leq 5$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri		
NFI	$0,95 \leq NFI$	$0,90 \leq NFI$
TLI (NNFI)	$0,95 \leq NNFI$	$0,90 \leq NNFI$
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$
Mutlak Uyum İndeksleri		
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$
Koruyucu Uyum İndeksleri		
PNFI	$0,95 \leq PNFI$	-
PGFI	$0,95 \leq PGFI$	-
Artık Temelli Uyum İndeksleri		
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$
SRMR	$0 < SRMR \leq 0,05$	$0 < SRMR \leq 0,08$
Model Karşılaştırma Uyum İndeksleri		
AIC	AIC indeks değeri en küçük olan model	
CAIC	CAIC indeks değeri en küçük olan model	
ECVI	ECVI indeks değeri en küçük olan model	

2.4.1.2. Ki-Kare (χ^2) Uyum testi

Bu test ile modelin genel uyumuna bakılır. Modelin genele uyumunun başlangıç uyum indeksi de denilebilir. Ki-kare oluşturulan model ile gözlenen değişkenlerine ait kovaryans yapısında ortaya çıkan modelin farklı olup olmadığını test eder. Ayrıca bu test ile modelin tamamının uygun olup olmadığını da test eder (Karagöz, 2017:463). Test istatistiği değerinin anlamlı olabilmesi için $\chi^2/sd \leq 3$ olması gerekir.

Ki-kare testi Gözlenen kovaryans matrisi ile faktör kovaryans matrisi arasında fark yoktur hipotezini test eder.

2.4.1.3. Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)

NFI değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir, özellikle çapraz tahminleme ve verinin küçük örnekleme olması durumunda iyi uyum gösteren bir modelin ret edilmesine neden olabilir. NFI değeri 0,90 üzeri ise kabul edilebilir, 0,95 den büyük ise mükemmel uyum demektir.

2.4.1.4. Tucker-Lewis İndeksi (TLI)

NFI uyum indeksine serbestlik derecesi eklenerek elde edilir. Bu düzeltme ile elde edilen TLI, örneklem sayısının etkisini azaltır ve iyi uyum gösteren küçük örnekleme modellerin engellemiş olur. 0 ile 1 arasında değer alır ve TLI değeri 0,90 ile 0,95 arasında kabul edilebilir, 0,95'in üstünde değer alırsa mükemmel uyumlu olduğuna karar verilir.

2.4.1.5. Artırmalı Uyum İndeksi (IFI)

Artırmalı uyum indeksi TLI indeksinden farklı olarak indeksin hesaplanmasında serbestlik derecesi hesaba katılmaz. IFI değeri 0,90 üzeri ise kabul edilebilir uyum, 0,95 üzeri ise mükemmel uyum olduğuna karar verilir.

2.4.1.6. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)

CFI en çok kullanılan uyum indekslerinden biridir, modelin sonucu 1 den çok çıkması durumunda 1 olarak değerlendirilir. CFI 0 ile 1 arasında değer alır ve 0,95 ile 0,97 arasında değer alır ise kabul edilebilir bir uyumu gösterdiği kabul edilir ve

CFI değeri 0,97 değerinin üstünde bir değer çıkarsa mükemmel bir uyum gösterdiğine karar verilir.

2.4.1.7. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)

RMSEA da örneklem sayısı 250 den az olduğu durumlarda tercih edilmemektedir. Örneklem sayısının fazla olduğu durumlarda tercih edilebilir. 250 den az olduğu durumlarda kabul edilebilecek bir modelin reddine karara verilebilir. RMSEA 0 ila 1 arasında değer alırken, 0,08 den küçük ise kabul edilebilir bir uyum olduğunu, 0,05'e eşit veya daha küçük olduğunda mükemmel uyum olduğuna karar verilir.

2.4.1.8. İyi Uyum İndeksi (GFI)

Model ile açıklanabilen varyans ve kovaryansın nispi miktarıyla ilgili bir ölçümdür. 0 ila 1 arasında değer alır GFI değeri 0,85'in üzerinde ise kabul edilir bir uyumdur, 0,90'ın üzerinde olursa mükemmel uyumu gösterir.

2.4.1.9. Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi (AGFI)

Örneklemin büyük olduğu durumlarda AGFI uyum indeksine bakılır GFI ya göre daha anlamlıdır. 0 ila 1 arasında değer alır, 0,90'ın üzerinde ise mükemmel uyumludur.

2.4.2. Modelin Tanımlanması

Yapısal Eşitlik Modellemesinin ilk adımı, teoriden hareketle modelin tanımlanmasıdır. Modelleme süreci Yapısal Eşitlik Modellemesinin temeli olan, değişkenler arası karmaşık ilişkilerin tanımlanması adımının çıkış noktası olarak kabul edilmektedir. Belki de yapısal eşitlik modellemesinin en zor adımı bu süreçtir. Çünkü modelin tanımlanmasının temelinde konuyla ilgili teori yatmaktadır ve model oluşturulmadan önce teorinin ayrıntılı olarak incelenmesini gerektirmektedir (Meydan, Şeşen 2015: 25)

Tüm parametrelerin tanımlanması gerekir, modeldeki tüm ilişkilerin doğrusal olduğu varsayılır. Yapısal eşitlik modelleri pek çok parametreye sahip olabilir. Bu yüzden modeldeki parametrelerin tanımlanması önemli bir konudur. Modelin serbestlik derecesi kavramı tanımlamayı anlamak için temel oluşturur. Modelde serbestlik derecesi sıfır olduğu zaman, model tam tanımlanmış veya

doymuş model olarak adlandırılır. Diğer bir ifade ile tam tanımlanmış bir modelde, veri ve yapısal parametreler arasında bire bir uyum vardır. Yani, gözlenen değişkenlerin varyans ve kovaryans sayısı, tahmin edilen parametrelerin sayısına eşittir (Bayram 2013, s. 62-63).

2.4.3. Modelin Tahmini

Bir parametre tahmin yönteminin seçimi, modelin seçimine, tahmin yöntemlerinin varsayımlarına, örneklem hacmine, değişkenlerin ölçüm düzeylerine ve değişkenlerin dağılımına bağlıdır (Yılmaz, Şen, 2013).

Model belirlendikten sonra gözlenen değişkenlerden bağımsız parametrelerin tahmini gerçekleştirilmektedir (Alkış, 2016:109). Tahminleme için kısmi en küçük kareler, en büyük olabilirlik ve genellenmiş en küçük kareler gibi farklı yöntemler mevcuttur.

2.4.4. Modelin Modifikasyonu

Kurmuş olduğumuz model için yapılan analiz sonucunda uyum indeks değerlerine bakılarak, uyumun yeterliği olmadığına karar verilir ise kurumsal ilişkilere bağımlı kalınarak, modelin daha iyi bir uyum sağlaması için modifikasyon işleminin yapılması gerekebilir. Modifikasyon, gizli ve gözlenen değişkenlerin arasında yeni bağlantılar oluşturmak ve modelden çıkarılması uygun görülen değişkenlerin çıkarılarak, uygun görülen hata kovaryansların eklenmesi olarak ifade edilebilir (Aytaç, Öngen, 2012: 17)

Uyum indekslerini düzeltmek için yapılan her birleştirme başlangıçtaki modelin değişmesine sebep olacaktır. İlişkilendirme yapılırken gizli değişkenlere ait gözlenen değişkenler için iki ayrı gizli değişkenlerin gözlenen değişkenlerinin ilişkilendirilmemesi gerekmektedir. İlişkilendirmeler sadece gizli değişkenlerin kendi içinde gözlenen değişkenler ile yapılması gereklidir.

2.4.5. Faktör Analizi

Birçok değişkenin aynı anda analize tabi tutulması, hem zaman alıcı hem de anlamsız analizlerin ortaya çıkmasına sebebiyet verecektir. Çok sayıda değişkenleri gruplayarak o gruba ait analizleri yapmak daha anlamlı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Faktör analizi ile çok sayıda değişkeni belli sayıda gruplara ayırarak

her bir grubun içinde değişkenlerin arasında ilişkiyi maksimum yaparken gruplar arasındaki ilişkiyi minimum yaparak oluşturulan grupları yeni bir değişkene dönüştüren analiz türüdür. Oluşturulan bu yeni değişkenlere faktör adı verilir. Özellikle faktör analizi ile gruplar arasında bağımsız ve değişken sayısını azaltan yeni değişkenler bulunmasını sağlayan analiz tekniğidir.

Gözlemleyerek belirlenemeyen gizli boyutları ortaya çıkarmak için kullanılır ve çok sayıdaki değişkeni azaltarak analizlerin basitleştirilmesini sağlar. Bu yeni değişkenlere regresyon, korelasyon gibi bir çok analizler uygulanabilir. Faktör analizi ağırlığı az olan değişkeni dışarda tutmaz. Faktör analizi birçok alanda kullanılan analiz türüdür. Verilerin oransal ölçekte olması istenir fakat en azından aralıklı ölçek olması istenir (Karagöz, 2017:403).

$$X_i = A_{i1}F_1 + A_{i2}F_2 + \dots + A_{im}F_m + U_i$$

X_i = Standartlaştırılmış i 'inci değişken

A_{ij} = Ortak j faktöründe standartlaştırılmış çoklu regresyon katsayısı (i değişkeninin j ortak faktörü üzerindeki etkisine ilişkin standartlaştırılmış çoklu regresyon katsayısı)

F = Ortak faktör

U_i = i 'inci değişken için eşsiz faktör (Ortak faktörlerce açıklanamayan kısmı gösterir)

m = Ortak faktör sayısı

Faktör analizi neticesinde elde edilen ortak faktörleri değişkenlerin lineer bir kombinasyonu olarak şu şekilde ifade edilebilir.

$$F_i = W_{i1}X_1 + W_{i2}X_2 + \dots + W_{ik}X_k$$

F_i = i 'inci faktörün tahmini

W_i = Faktör skoru (katsayısı); ağırlık

k = Değişken sayısı

Analiz sonucu kaç faktör elde edilirse, o kadar denklem var demektir. Ancak, her zaman birinci faktörün ağırlığı (katsayısı) en yüksek olanıdır. Yani, birinci

faktör, toplam varyans içinde en büyük paya sahiptir. Sonra ikinci, üçüncü vs. faktörler gelir.

2.4.5.1. Faktör Analizinin Amacı

Faktör analizinin başlıca amacı aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıdaki değişkenin arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için daha az sayıdaki değişken belirlemek veya özetlemek olan bir grup çok değişkenli analiz tekniğine verilen genel bir addır. Diğer bir ifade ile faktör analizi, aralarında ilişki bulunan çok sayıda değişkenden oluşan bir veri setine ait gizli faktörlerin ortaya çıkarılarak araştırmacı tarafından veri setinde yer alan değişkenler arasındaki ilişkilerin daha kolay anlaşılmasına yardımcı olmaktır. Faktör analizinde araştırmacı öncelikle araştırma bağlamında kullanılan değişkenler veri setinin temelini oluşturan değişkenlerin neler olduğu ve bu faktörlerden her birinin değişkenlerden her birini açıklama derecesini de görme imkânına sahip olmaktadır. Bu yolla, araştırmacı elinde bulunan çok sayıda değişkenden az sayıda yeni değişkenler oluşturmuş olur. Etkili bir faktör analizinin veri setini en iyi temsil edebilen ancak az sayıda faktörden oluşan bir çözüm olması istenen en önemli özelliktir. İyi bir faktör analizinden sonucunun hem basit hem de yorumlamasının kolay olması beklenir (Alpar, 2013: 269- 270):

2.4.5.2. Faktör Analizinde Temel Kavramlar

Korelasyon Matrisi: Gözlenen değişkenlerden üretilen korelasyon matrisine gözlenen korelasyon matrisi, faktörlerden üretilen korelasyon matrisine üretilmiş korelasyon matrisi (reproduced correlation matrix) adı verilir. Gözlenen ve üretilmiş korelasyon matrislerinin arasındaki fark ise, hata (artık) korelasyon matrisi (residual correlation matrix) olarak isimlendirilir. Hata korelasyon matrisi, önemli faktörlerce açıklanamayan varyansa ilişkindir. İyi bir faktör analizinde, artık matristeki korelasyonlar küçüktür ve bu durum gözlenen ve üretilen matrisler arasındaki yakınlığı, uyumu gösterir (Pıtır, 2009: 71-72).

Öz Değer: Her bir faktörün faktör yüklerinin kareleri toplamı olup, her bir faktör tarafından açıklanan varyans oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede kullanılan bir katsayıdır. Öz değer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans da yükselir.

Ortak Faktör Varyansı Faktör analizinde varyans açıklanmasıyla ilgili olarak şu üç varyanstan söz edilebilir: Ortak faktörlerce açıklanabilen varyansa ortak varyans ya da ortak faktör varyansı; bir testte ya da değişkende gözlenen varyansı tanımlayan özgül varyans (specific variance); veri setine ilişkin varyansın açıklanamayan kısmını gösteren hata varyansıdır (error variance) . Ortak faktör varyansı olarak da isimlendirilen ortak varyans ile özgül varyansın toplamı, testin güvenilirliğini yorumlamada kullanılır. Bir değişkene ilişkin faktörlerin açıkladıkları ortak varyans (communality), değişkenin faktör yük değerlerinin kareleri toplamına eşittir. Ortak faktör varyansı, maddelerin faktörlerle olan çoklu korelasyonunun karesi ile de açıklanmaktadır. Ortak faktör varyansının yüksek olması, modele ilişkin açıklanan toplam varyansı artıracak dikkate alınmalıdır.

Faktör Yük Değeri: Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme var ise bu bulgu, o maddelerin birlikte bir düşük korelasyon miktarların da, örneklem arttıkça anlamlı çıkma olasılığının artacağı unutulmamalıdır. Faktör yük değeri, bazen faktör katsayısı olarak isimlendirilir

2.4.5.3. Faktör Analizinin Varsayımları

Değişkenlerin ölçümleri en az eşit aralıklı ölçek düzeyinde yapılmış olmalıdır.

Verilerin en azından aralıklı ölçekle ölçülmüş olması gerekir. Eğer bazı değişkenler sıralı ölçekle ölçülmüş iseler metrik ölçümleri bozacak bir yapıda olmamaları gerekir. En azından sıralı ölçekli verilerin Likert, Thurstone, Goodman ölçekleri ile ölçülmüş olması gerekir(Özdamar, 2002:81). Değişkenlerin bazıları ikili (binary) ölçümler taşıyorsa aralarındaki korelasyonların çok düşük ya da çok yüksek olmaması, orta düzeyde (0.50-0.90) olması gerekir. Veri setinde çok sayıda ordinal ve ikili ölçekli değişken varsa analiz sonucu oluşan faktörleri yorumlamak oldukça güçleşir.

- Değişkenler arasındaki ilişki doğrusal olmalıdır.

Değişkenlerin belirli bir düzeyinden sonra diğer herhangi bir değişkenin artışında ya da azalışında, bu düzeyden öncekine ters bir yükselme ya da düşme bulunmamalıdır (Büyüköztürk,Ş vd., 2016 :190).

Çok değişkenli normallik varsayımı, değişken çiftleri arasındaki ilişkinin doğrusal olduğuna da işaret eder. Doğrusallık söz konusu olmadığında, analizin değeri azalır. Değişken çiftleri arasındaki doğrusallık, saçılma diyagramlarını (scatterplot) kontrol ederek değerlendirilebilir. Çalışmada 1 ve 0 gibi kategorik ölçümler kullanılmışsa, doğrusallık varsayımının ihlal edilmesi nedeniyle sonuçlar yanıltıcı olabilir.

- Normallik Varsayımı

Faktör analizinde dağılımın normal olması gereklidir. Bu varsayımın göre değişkenlerin tamamı doğrusal kombinasyonları içindir. Özellikle küçük örnek hacmi ile çalışıldığında verilerin çok değişkenli normal dağılım göstermesi büyük önem taşır.

2.4.5.4. Verilerin Faktör Analizin de Uygunluğunun Araştırılması Korelasyon matrisinin Hesaplanması

Faktör analizinde, regresyon analizinin tersine, değişkenler arasında yüksek korelasyon ilişkisi aranır. Değişkenler arasında korelasyon azaldıkça, faktör analizinin sonuçlarına olan güven o denli azalır (Nakip,2013:407). Aralarında korelasyon ilişkisinin çok güçlü olduğu değişkenler genelde aynı faktör içinde olacaklardır. Bunun bir sonucu olarak da bu değişkenlerin, içinde buldukları faktörle de ilişkileri güçlü olacaktır.

Bartlett Testi (Bartlett Test of Sphericity)

Korelasyon matrisinin, bütün köşegen (diyagonal) terimleri 1, köşegen dışındaki terimleri 0 olan birim matris olup olmadığını test etmek maksadıyla kullanılır. Söz konusu test, verilerin çoklu normal dağılımdan gelmiş olmasını gerektirir. (Alpar 2013: 292). H_0 hipotezi ilişkinin olmadığını (korelasyon matrisi birim matrisi olduğunu), H_1 de ilişkinin var olduğunu gösterir. Bu test sonucunda katsayı düşük çıkarsa sıfır hipotezi, yüksek çıkarsa da alternatif hipotezi kabul edilir.

Sıfır hipotezi ret edilmezse, faktör analizine devam edilmez. Bu durumda, faktör modelinin kullanılması yeniden gözden geçirilmelidir

Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) Testi

Bu test, örneklem yeterliliğini ölçer ve örneklem büyüklüğüyle ilgilenir. Bunun için, gözlenen korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştırır. Bu testin değeri küçük çıkarsa, çift olarak değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisinin, diğer değişkenlerce açıklanamayacağını gösterir. Bu durumda da faktör analizine devam etmek doğru olmaz (Nakip 2013: 408-409). KMO testinde bulunan değer 0,50'nin altında ise kabul edilemez, 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi, 0,90 mükemmeldir (AKT: Karagöz, Sharma 1996: 116, Tavşancıl 2002: 50, Altunışık vd. 2005: 217).

2.4.5.5. Faktör Analizinde Döndürme-Rotasyon

Modelin kaç faktörden oluşturduğunu belirledikten sonra tüm faktörlerde yer alacak değişken sayısı ve değişkenlerin bu faktörlere dağılımı belirlenmesi gerekmektedir. Araştırmacı, bir faktör analizi tekniğini uygulayarak elde ettiği kadar önemli faktörü, "bağımsızlık, yorumlamada açıklık ve anlamlılık" sağlamak amacıyla bir eksen döndürmesine (rotation) tabii tutabilir. Faktör döndürme, çözümün temel matematiksel özelliklerini değiştirmez. Eksenlerin döndürülmesi sonrasında maddelerin bir faktördeki yükü artarken diğer faktörlerdeki yükleri azalır. Böylece faktörler, kendileriyle yüksek ilişki veren maddeleri bulurlar ve faktörler daha kolay yorumlanabilir (Akt. Büyüköztürk, Tabachnick vd.), İyi bir faktör döndürmede, boyut indirgemenin (değişken azaltma), faktörler arasında bağımsızlığın ve faktörlerin kavramsal anlamlılığının sağlanmış olması gerektiğini belirtmektedir.

Rotasyon işlemlerinde iki yöntem kullanılmaktadır. Bunlardan birincisi orthogonal (90 derecelik açı ile dik) döndürme olup elde edilen faktörlerin birbirleri ile korelasyona (ilişkiye) girmemesini sağlar. İkinci yöntem ise, oblique (eğik) döndürmedir. Bu durumda, faktörler tamamen birbirinden bağımsız değildir. Bu çalışmada yorumlanmasının kolaylığı ve kullanım sıklığından dolayı, orthogonal rotasyon tercih edilmiştir. Orthogonal rotasyon yöntemleri içinde varimax, quartimax equamax, en yaygın kullanılanlardır. Varimax yöntemi ile basit yapıya ve anlamlı

faktörlere ulaşmada, faktör yükleri matrisinin sütunlarına öncelik verilir. Bu yöntemle daha az değişkenle faktör varyanslarının maksimum olması sağlanacak şekilde döndürme yapılır (Akt. Karagöz, Tavşancıl 2002: 50, Kline 1994: 62)

2.4.5.6. Faktörlerin Adlandırılması

Faktörlerin içinde yer alacak değişkenler ve sayısı belirlendikten sonra bu faktörlerin adlandırılması gerekmektedir. Faktörler adlandırılırken faktörün içinde bulunan değişkenlerin birbiri ile ilişkisine bakmak ve ona göre ortak bir adlandırma yapmak, Geliştirilen faktörlerin doğru ifade edilmesi için önemli aşamalardan birisidir.

2.4.5.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi genellikle gözlenen değişkenlerin gizli değişkeni oluşturup oluşturmadığının ya da birçok gizli değişken arasında tanımlanan ilişkilerin var olup olmadığının testi için kullanılır. Modeldeki her bir gizli değişken, bir grup gözlenen değişken tarafından ölçülmektedir. Dolayısıyla doğrulayıcı faktör analizi modellerinde, bir değişkenin diğerini etkilemesi değil, değişkenler arasındaki ilişki önemlidir. Doğrulayıcı faktör analizi, genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik analizinde kullanılır ve önceden belirlenmiş bir yapının doğruluğunu belirlemeyi amaçlar. Doğrulayıcı faktör analizi sayesinde, hangi faktörün yükleneceği, gözlenen değişken önceden belirlenir. (Civelek, 2018: 27)



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE TEMEL KAVRAMLAR

3.1. Sağlıkta Kavramsal Çerçeve

Dünyada ve ülkemizde sağlık sistemlerini geliştirmek ve yenilemek adına birçok çalışma yapılmakta. Bu çalışmaların temel amacı ise daha düzenli bir sağlık sistemini kurmak ve işletebilmektir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'nun 2013'te hazırlanmış olduğu rapora göre Dünyada her yıl sağlık araştırmasına 100 milyar dolardan fazla para harcanıyor. Bu yatırımın aslanın payı ilaç ve biyoteknoloji ürünlerinin keşfedilmesi ve geliştirilmesini kapsıyor. Sağlık sistemleri ve hizmet sunumu üzerine yapılan araştırmalar bu yatırımın yalnızca küçük bir bölümünü almaktadır.

Sağlık politikaları ülkelerin genel sağlık sistemini doğrudan etkilemekte ve sağlık sisteminin çerçevesini belirlemektedir. Çerçevesi doğru belirlenmiş bir sağlık sistemi insanların ekonomik ve daha kaliteli hizmet almalarını sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye'de ise sağlık sistemi son 15 yıl içerisinde büyük değişimler göstermektedir, genel sağlık sigorta sistemi değiştirilerek tüm vatandaşların istedikleri sağlık kuruluşundan hizmet almanın yolu açılmıştır. Sağlık araştırmalarının yolu açılmış ve dünyada gelişen tedavi yöntemlerinin ülkemizde uygulanabilir olması sağlanmıştır. Tedavi yöntemlerinin gelişmesinin yanı sıra kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması için birçok adım atılmıştır. Atılan bu adımların başında şehir hastaneleri kurularak hastalara otel konforunda hizmetlerin sunulması da hedeflenmiştir.

Genel sağlık sisteminin doğru işletilmesi için E-Devlet sistemi üzerinden hastaların arşivleri tutularak hastalara müdahale esnasında hastanın geçmişini, kurulan sistemlerle doktorun görmesi sağlanmaktadır. Bu kontroller hastalara doğru teşhisi belirleyip doğru tedavi yöntemini kullanmalarını beraberinde getirmiştir. Sağlıkta entegrasyon sağlandığı için zaman kaybını önlediği gibi mali açıdan önemli olduğu düşünülmektedir.

3.2. Sağlık Kavramı

Sağlık ila ilgili kavramsal birçok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan bazılarına baktığımızda, 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde ifade edilmiştir. Somunoğlu, DSÖ tarafından yapılan bu tanımın, her ne kadar sağlığı çok boyutlu bir kavram olarak ele alıp yaygın bir kullanıma sahip olsa da, ölçülmesi ve erişilmesi güç boyutları içerdiği için eleştiriye uğradığını belirtmiştir (akt. Akbaş 2014:4,Somunoğlu, 2012: 4).

Aggleton'a göre sağlığı tanımlamanın birçok yolu bulunmaktadır. Ancak sağlığın tanımlanması ila ilgili olarak yapılan en belirgin ayırım sağlığın, resmi tanımlar ve resmi olmayan tanımlar açısından açıklanmasıdır. Resmi tanımlar sağlık profesyonellerinin tanımlarıdır. Bunlar da kendi içinde pozitif ve negatif tanımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlığın resmi olmayan tanımları ila ifade edilmek istenir ise, sağlıkla ilgili konularda profesyonel olmayan kişilerin sağlığa ilişkin algılamalarıdır. Kişilerin sağlıkla ilgili algılamaları zaman içinde farklılık gösterdiği gibi, ülkeden ülkeye de değişiklik göstermektedir (Aggleton 1990).

Sağlık Bakanlığına göre sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik yönden verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir (Akbaş 2014:4)

3.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri tüm bireylerin alma hakkı olan hizmetlerin başında gelmektedir. Hasta olsun veya olmasın tüm bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini alması toplum sağlığı açısından önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini sunmak sosyal devletin gereği olarak görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin bu görevi sadece serbest piyasa düzeninin işleyişine bırakmayıp, kendisinin de sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alması gerekmektedir (akt. Asıgbulmuş 2016:4, Turan, 2004:9). Belirli bir sağlık kuruluşunda sağlık çalışanlarının yardımıyla hastalara teşhis ve tedavi uygulanarak kişilerin sahip olduğu eski sağlığına kavuşturulabilmesi için yapılan tüm hizmetlere sağlık hizmetleri

denilmektedir (akt. Asıgbulmuş 2016: 5, Karabulut, 1998: 16).

Sağlık hizmetlerinde sağlık personelinin hastalara karşı yapıcı yaklaşımları hastaların tedavisinde ve tedavi sonrası döneminde daha hızlı bir şekilde iyileşmesini sağlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri personelleri ile hastalar arasında yaşanan sıkıntı kurumun imajını bozar. Sağlık personeli ile hasta arasındaki olumlu iletişim olması hastanın kuruma karşı yaklaşımının olumlu artmasını sağlayacaktır.

Hasta memnuniyeti sağlanmasında sunulan hizmetlerin yanı sıra ona bu hizmeti sunan personelin 'de yaklaşımı ve davranışı büyük önem arz etmektedir (Akbaş, 2014: 5).

3.4. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Tıp tarihinde en önemli gelişme 1798 yılında Jenner tarafından çiçek aşısının bulunmasıdır. 19. yüzyılda laksatiflerin yanı sıra, morfin, kinin, striknin, atropin, daha sonra kodein ve kokainin bulunuşu tıbbın gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. (<http://www.merih.net>). Cerrahi alanda gelişmeler 1880'li yıllarda anestetik maddelerin bulunması ile birlikte başlangıç olmuştur. Cerrahi tıp bilimlerinin asıl başarılı çalışmaları aseptik (mikroptan arındırılmış) yöntemlerin geliştirilmesinden sonra daha çok hız alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme evrimi incelendiğinde aslında çok büyük bir çeşitliliğin olduğu görülmektedir. Hizmetlerin türü ve gelişimi bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmekte ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için standart bir model oluşturmak mümkün olamamaktadır.

Tedavi edici hizmetlerdeki bu gelişmelerin beraberinde, evsel atıkların düzenli bir biçimde uzaklaştırılması gerekliliği, haşere ile mücadele, içme ve kullanma suyunun temizliğinin önemi, hastalıkların aşı ile önlenmesi, tüberkülin gibi bazı tanı yöntemleri ile hastalıkların erken dönemde saptanması, koruyucu hizmetlerde gelişmelere ve örgütlenmede değişimlere neden olmuştur.

Yirminci yüzyılın başında bu gelişimler ile birlikte, sağlık alanında geleneksel birikim yerine bilimsel bilgiye dayanan profesyonelleşme, yani sağlık meslekleri ve uzmanlıkları gelişmeye, güç kazanmaya başlamıştır. Mesleklerin kurallara bağlanması ve örgütlenmesi ise yeni düzenlemeleri gerekli kılmıştır.

Bunun doğal sonucu olarak eskiden uzman olmayan hayırseverler tarafından yürütülen hasta bakım hizmetleri, uzmanların kontrolüne geçmiş ve yönetim gerekliliği ortaya çıkmıştır. Diğer toplumsal alanlarda Geliştirilen yönetim teknikleri ve bilgi birikimi sağlık hizmetlerinin yönetiminde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerin doğal sonucu olarak sağlıkla ilgili mesleklerdeki eğitim ile hasta bakımı kurallara bağlanmıştır.

Bu doğrultuda, 1910 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Carnegie Vakfı tarafından hazırlanan ve Flexner raporu olarak bilinen bir proje ile tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması kararlaştırılmıştır. Bu yolla bilimsel bilgi birikiminin, yani teorinin, klinik uygulama ile yani pratikle bütünleşmesi sağlanmıştır. İlk kez John Hopkins Hastanesinde yapılan bu uygulamayı, başka ABD ve Kanada örnekleri izlemiştir.

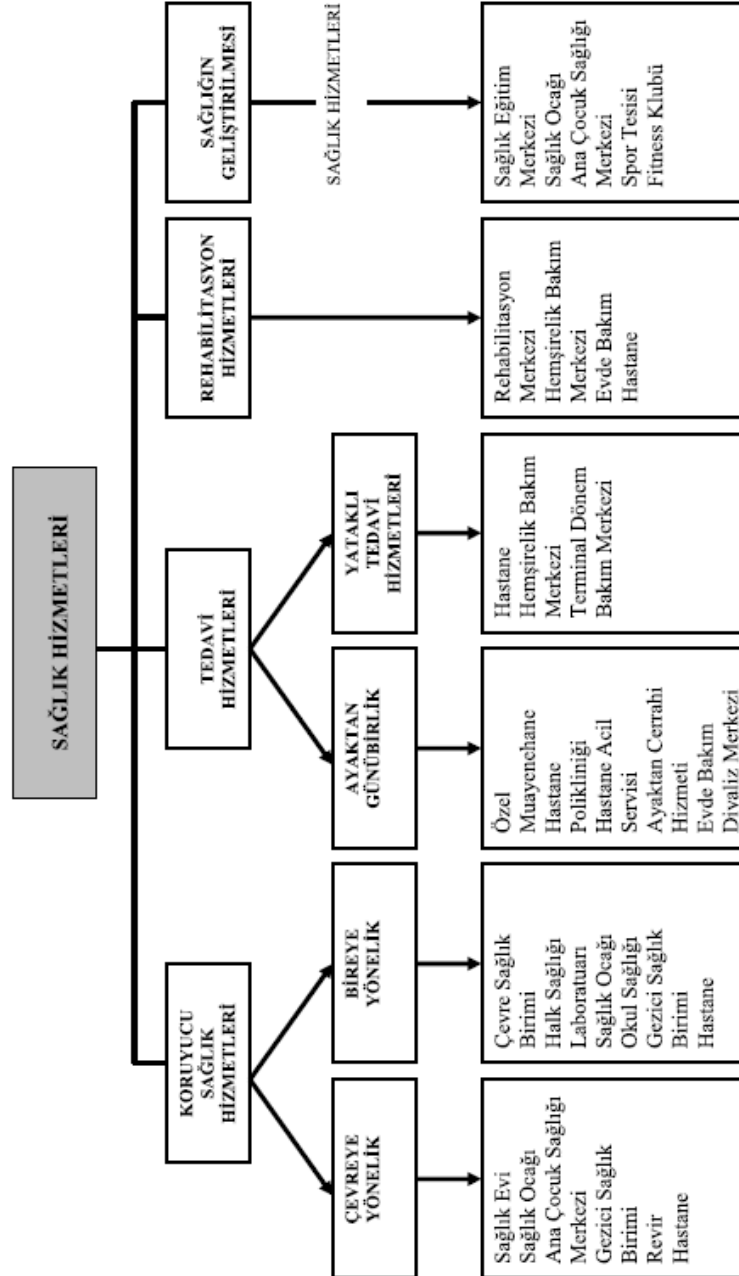
Hastanelerin ve sağlıkla ilgili mesleklerin bazı kurallara bağlanması, ruhsatlandırılması da yirminci yüzyılın başında gerçekleşmiştir. Hekimlerin bir yere kayıtlı olma gerekliliği ilk kez ABD’de 1870’li yıllarda hekimlik yapanların mesleki çıkarlarını korumak için bir talep olarak ortaya çıkmıştır. 1901 yılında ABD Tıp Birliği hekimlik eğitimi ve mesleğini kurallara bağlamıştır. Ülkemizde ise 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa ile sağlıkla ilgili tüm mesleklerin gerektirdiği koşullar ve yetkiler kurala bağlanmıştır.

Bu gelişmelerin Asya, Afrika ve diğer dünya ülkelerinde ne tür bir rota izlediğinin bilinmemesi, yazarın cehaletinden kaynaklanabileceği gibi, bu ülkelerdeki tecrübe ve bilgi üretiminin yazılı hale getirilmemesinin bir sonucu da olabilir.

Amerika kıtasında hekim ve hastane merkezli bu gelişmeler yaşanır iken Avrupa’da sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi daha farklı bir yol izlemiştir. Buradaki gelişimin temelini sigortacılık oluşturmaktadır. 19.yüzyıl sonunda Avrupa ülkelerinde gelişen genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti verenlere bir fon oluşturduğu gibi, hükümetlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık harcamaları konusunda denetleyici-düzenleyici rol almasına da yardımcı olmuştur.

Özetle, sosyal refah kavramının geçerli olduğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı, devletin kontrolünde, sigortacılık temelinde gelişirken, ABD’de büyük ölçüde piyasa kurallarına uygun olarak gelişmiştir.

3.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri



Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Şeması (Yazgan M, 2009, 36)

Her ülkenin kendine özgü bir siyasi, fiziki, ekonomik yapısı olduğundan; ülkeler kendi sorunlarını çözerken kendisine ait yöntemler belirlemek zorundadır. Türkiye de kendi sağlık sorunlarını çözmek için atılımlar yaparken, elde ettiğimiz veriler, bize gelişmiş dünya ülkelerine göre çok başarılı olduğumuzu söylememektedir.

Gelişmiş ülkelerde sağlık bilimleri ile AR-GE çalışmaları yapan kuruluşlar, ülke sağlığının gelişmesinde önemli rol almaktadır. Bu ülkelerin çoğunda sağlık bilimleri alanında üst düzeyde araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerinin yürütüldüğü Ulusal Sağlık Enstitüleri ya da benzer isimlerle anılan merkezler bulunmaktadır. Ülkemizin de bu kapsamda hizmet veren bir kuruluşunun olması büyük önem taşıyor(Alcan,2015: 4).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'nın (TÜSEB) kuruluşu ve görevleri ile ilgili kanununun 26 Kasım 2014 tarihinde Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile merkezi İstanbul'da olan ve bünyesinde 6 enstitüyü barındıran bu yapının kuruluşu tamamlandı.

TÜSEB, sağlık bilimleri alanında Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu'nun belirlediği öncelikleri ve kalkınma hedeflerini dikkate alarak, ülkeye ve insanlığa hizmet edecek yeni teknoloji ve ürünlerin geliştirilmesini ve üretimini sağlamayı, kendi bünyesinde ya da kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile işbirliği Ar-Ge faaliyetleri yapmayı, ülkemizde sağlık bilimleri alanında yapılan Ar-Ge çalışmalarını koordine etmeyi, desteklemeyi ve bu faaliyetlerin verimli şekilde yürütülebileceği ortamları hazırlamayı amaçlıyor. Bu amaçların tümü oldukça değerli ve yerinde olmakla beraber, kanunla tanımlanan TÜSEB yapılanmasının, kurumun bu hedeflere ulaşmasını sağlaması için belirli bir sürece ihtiyacı olduğu görülmektedir. Ülkemizde Ar-Ge faaliyeti gösteren araştırmacıların ve çalıştıkları merkezlerin sayısının görece azlığı göz önüne alındığında, belki de öncelikli hedefin yeni bir araştırma hastanesi açmaktan ziyade; Avrupa'daki örnekleri gibi üniversiteler ya da Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bünyesinde TÜSEB tarafından desteklenen merkezler açmak çok daha akılcı olabilir ve sonuca daha erken ulaşmayı sağlayabilir.

Ülkemiz sağlık sisteminin gelişebilmesi ve genele yayılması için dünyadan örnekler alıp kendi şartlarımıza göre uygulayabileceğimiz daha iyi modeller bulunmaktadır. Küba, Fransa, İsveç sağlık sistemlerinin başarıları yadsınamayacak düzeyde olmakla beraber bizim için de örnek teşkil edebilir.

Ülkemizde de sağlık kurumları içinde basariyi yakalamış örnekler vardır: Bu kurumlardan biri de LÖSEV'dir. Özellikle lösemi ve kanser türleri hakkında başarılı çalışmalar ve tedaviler yapan Lösev' in Lösante Hastanesi'nin faaliyetine geçmesi için 3 yıldan fazla bir süre beklemeye ülkemizin lüksü yoktur. Avrupa'nın ilk, ülkemizin en donanımlı Onkoloji Kenti ve hastanesi LÖSANTE de Prof. Dr. Üstün Ezer 'in anlatımına göre başarı oranı % 100 olarak planlanmaktadır. Ülkemizde 90'lı yıllarda % 20 olan iyileşme oranı 2015 de Lösev ile % 92 ye çıkmıştır. Yılda 200.000 kişinin kansere yakalandığını ve her gün 400 kişinin kanserden hayatını kaybettiğini düşünürsek bütün bu sürecin hızlandırılması daha faydalı olacaktır. Bu hastanede ihtiyaç sahibi hastaların tümüne bütün sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması planlanmaktadır.

3.6. Türkiye de Sağlık Hizmetlerinin Güçlü ve Zayıf Yönleri

Türkiye genç bir nüfusa sahiptir. Yeterli iş olanakları sağlandığında sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından avantaj sağlayabilir. Son zamanlarda özel hastane işletmeciliği desteklenmiş ve tam yeterli olamamalarına rağmen bu konuda belirli bir oranda bir deneyim kazanılmıştır. Yönetiminde koordinasyonun tam olarak sağlanamadığı düşünülen Refik Saydam Hıfız Sıhha Merkezi bazı koruyucu tıp hizmetlerini de üstlenmiştir. Ülke genelinde bu tıp merkezlerin çoğaltılması amaçlanmalıdır.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının da bazı iyileştirmelere ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Hastanelerde taşeron işçilik, hemşire ve doktorların çalışma saatleri, sağlık çalışanlarına hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin engellenmesi ve ekonomik iyileştirmelere ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca ekonomik olarak dünyada çok gelişen ilaç endüstrisinin pazarlamaya çalıştığı popülist ilaçlar yerine vatandaşlarımız için öncelikli ilaçların alınması bir sağlık politikası olmalıdır. Yerli ilaç sanayisi ivedilikle desteklenip ilaç sanayisinde dışa bağımlılık azaltılmalıdır. Devlet tarafından ekonomik gücü yetersiz hastalara ihtiyacı olan tüm ilaçların

verilmesi daha uygun olacaktır.

13 Aralık 2010 yılında yürürlüğe giren Aile hekimliğinin kapsamının ve işlevinin geliştirilmesi ve sürdürülmesine devam edilmesi gerekmektedir. 01.02.2012 tarihinde herhangi bir sağlık güvencesi olmayan vatandaşları kapsayan Genel Sağlık Sigortası hizmeti geliştirilmeli ve kalitesi artırılmalıdır. Bunun yanında mutlaka SGK'nın iyileştirme politikalarına devam edilmelidir. Özel sağlık sigortaları desteklenmeli gelir seviyesi yüksek olanlar bu kapsamda hizmet almaya yönlendirilmelidir (Alcan,2015: 5).

DPT(Devlet Planlama Teşkilatı)'nın hazırlamış olduğu Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri Sistemine İlişkin SWOT analizi sonucuna göre yapılan çalışmada sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

3.6.1. Güçlü Yönleri

- Beklenen yaşam süresindeki artış: Türkiye yaş ortalaması açısından genç bir nüfusa sahiptir. Yeterli iş olanaklarına kavuşturulduğu takdirde genç nüfus sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından bir avantaj taşıyabilir.
- **Yeni doğan ölüm oranının düşmesi:** Türkiye'de birçok aksaklık ve yetersizliklere rağmen, bebek ölüm hızında, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda yavaş ancak düzenli bir azalma mevcuttur. Bu azalma tümüyle olmasa bile kısmen sağlık kurumlarının bu konuyla ilişkili çalışmalarına bağlıdır.
- **Aşılama Takvimi ve Kapsamı:** Aşılama işinin düzenli takibi, kontrolü sayesinde Türkiye'de bebek ölümlerinin önüne büyük ölçüde geçilmiştir ve bu durum sağlık alanında güçlü yönlerden biridir.
- **Koruyucu Hekimlik:** Hastalıklar ortaya çıkmadan önce, hastalıklara yakalanmamak için alınacak önlemleri hekimlik dalı Türkiye'de sağlık hizmetleri açısından güçlü yönlerdendir.

3.6.2. Zayıf Yönleri

- **Artan Obezite sorunu:** Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığınca yapılan

“Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporuna göre Türkiye’de obezite sıklığı araştırmasına göre Erkeklerde %20, Kadınlarda ise %41, Toplamda %30,3 olduğu bulunmuştur (<http://beslenme.gov.tr>)

- **Sağlık Hizmetlerinin Dengesiz Yapılanması:** Farklı sosyal ekonomik grupların hizmete erişim sorunu.
- **Bölgesel farklılıklardan dolayı hekimlerin bulunamaması:** Özellikle doğu bölgelerinde hekim ihtiyacının çok olması ve az sayıda hekim gitmesinden dolayı kaliteli sağlık hizmetlerinde aksaklıklar görülmekte. Sağlık bakanlığının geliştirmiş olduğu politikalara rağmen hekimleri taşra bölgelerinde istihdam edememesi.

3.6.3. Sağlıkta Kalite

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikâyetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerinin daha spesifik bir yapıya dönüşmesine sebep olmuştur. Hasta memnuniyetini Etkileyen faktörler bulunmaktadır, bu faktörleri belirlemek için birçok tez çalışması, araştırma ve makale yayınlanmıştır. Bu çalışmaların temel amacı daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak olduğundan her geçen gün hizmet kalitesini artırmak için çeşitli sağlık politikaları sunulmuştur. Bu faktörleri kısaca tanımlar isek; (Zerenler vd. 2007: 505).

- Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri göstermektedir.
- Belli bir zaman için hastaneye yönelen ya da yönelecek olan talep çoğu zaman doğru tahmin edilememektedir.
- Hastaneler talep değişikliğine kısa dönemde uyum sağlayamamaktadır.
- Hizmetin üretimi stoklanamamaktadır. Üretildiği anda tüketilmektedir.
- Sağlık işletmelerinde aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, nitelikli personel artışı ile beraber işgücü maliyetlerindeki artışı da getirmektedir.
- Her hastaya uygulanan sağlık hizmeti bileşiklik göstermesi hizmetin tanımlanmasını olanaksızlaştırmakta ve çıktılarının standart olmasını engellemektedir.

3.7. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

3.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme

Türkiye'de, sağlık sektörünün örgütlenmesine bakıldığında, örgütlenmenin düzenli bir şekilde olduğu görülememektedir. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş gerek sağlık hizmeti üretiminde ve gerekse finansmanında görev yapmakta olup, bunların sayısı elliye yakındır. Kamu kesiminde; Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı., Sosyal Sigortalar Kurumu., Tıp Fakülteleri, Milli Eğitim Bakanlığı., Devlet Demir Yolları., Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti sunan bazı kuruluşlardır. Buna ek olarak, vakıflar ve kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının belirlenmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla beraber, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi azdır, fakat gün geçtikçe sağlık politikalarındaki gelişmeler Sağlık Bakanlığının etkisini artırmaya devam ettiği görülmektedir. Özetle, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü söz konusu değildir. Birçok kuruluş, birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da, var olan kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır.

Sağlık Bakanlığı dışında kalan kuruluşların genellikle ve yalnızca hastane hizmeti ürettiği ve sınırlı belli gruplara hizmet verdiği göz önüne alındığında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin temel çatısını Sağlık Bakanlığı örgütünün oluşturduğunu söylenebilir. Ayrıca, yürürlükteki yasalara göre, ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili olan kuruluş da, Sağlık Bakanlığı'dır (Akdur, 2000:16).

Sağlık Bakanlığı, merkezi yönetime dayalı bir örgüt olup, merkezde bakan illerde ise valiler örgütün temel otorite noktalarını oluşturmaktadır. Bakanlık yapısında, hem yatay (çok amaçlı sağlık programı) hem de dikey (tek amaçlı sağlık programı) programlar yürüten birimler vardır. Verem ve Sıtma Daire Başkanlıkları, doğrudan müsteşar ve bakana bağlı daire başkanlıkları olup, dikey programlar yürüten birimlere örnektir. Buna karşılık, temel sağlık hizmetleri programı yatay bir program olup, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yürütülmektedir (Akdur, 2000:17).

Sağlık Bakanlığı birimlerinde hizmetlerin akışı ise, genel hatları ile, şöyle özetlenebilir. En uçta, 2500-3000 nüfusa bir "Sağlık Evi" bulunur. Sağlık Ev'lerinde bir ebe çalışmaktadır, ağırlıklı olarak ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile yükümlüdür. Gebelerin tespiti, belli aralıklarla izlenmesi ve kontrolü, doğumun yaptırılması, loğusa ve çocukların izlenmesi ve kontrol edilmesi ile aşılama hizmetleri ebeden beklenen temel görevlerdir. Bunların yanında, kendine bağlı nüfusta, enfeksiyon hastalıkları, Aile planlaması, beslenme ve sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve benzeri diğer sağlık sorunlarından da sorumludur.

Sağlık Evi'nin bir üzerinde olan kuruluş, Sağlık Ocağı'dır. Kırsal alanda 5-10 bin kişiye, kentlerde ise 15-35 bin kişiye bir Sağlık Ocağı bulunur. Sağlık Ocaklarında, nüfusa bağlı olarak sayısı değişmek üzere, hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebe ile birlikte yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Ocaklar, koruyucu sağlık hizmetleri yanında evde ve ayakta (birinci basamak) tedavi hizmetleri ile de yükümlüdür. Kendine bağlı nüfusta, sağlıkla ilgili tüm olayları izler, değerlendirir ve kendi olanakları ile çözebileceği sorunları çözer, çözemediği sorunlar için ise, üst kuruluşlardan yardım ister. En geniş anlamdaki, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru ve izleme noktasıdır

Ocağa başvuran kişilerin sorununa tanı konur; ancak ocak olanakları ile çözülemez ya da tanı konamaz ise, hasta ilçe ve il hastanelerine (ikinci basamak tedavi kurumları) sevk edilir. İl ve ilçe hastanelerinden, aynı nedenlerle, hastalar ilari teknoloji ile donatılmış ve yan dallarda uzmanlaşmış personel bulunan üçüncü basamak tedavi kurumlarına (eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri vb) sevk edilirler.

Sağlık ocakları ve hastanelere ek olarak, ikinci basamak hizmet veren, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri gibi ünitelerle, hizmetlere üst düzeyde laboratuvar desteği veren Hıfzıssıhha Enstitüleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarları vardır. Sağlık Meslek Liseleri, Bölge Depo ve Tamirhaneleri, Hava Limanları Sağlık Denetleme Merkezi, Hudut Sağlık Denetleme Merkezi, Sahil Sağlık Denetleme Merkezi diğer birimlerdir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı birim tür ve sayıları aşağıda belirtilmiştir. (Akdur, 2000:18).

3.8. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişi yâda kişilerin hastalığa yakalanmadan önce gerekli önlemleri alması olarak tanımlanır. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tamamına yönelik sağlık koşullarına zarar verecek faktörleri ele almaktadır. Devletin görevi ise kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmektir. Tedavi edici hizmetlere kıyasla maliyeti düşüktür. Uygulamada kolay bir yöntem olduğu düşünülmektedir, fazla araç gerece ihtiyaç duyulmamaktır.. Basit araç gereçlerle uygulanabilir ve deneyimli personel ihtiyaç duyulmaz. Böylece işgücü kaybı engellenmesinin yanında hastanelerin iş yükünü de azaltır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri de atıkların denetimi, zararlı böcek ve canlılarla mücadele, hava kirliliği, içme sularının güvenilirliğini sağlamak gibi görevleri vardır. Koruyucu sağlık hizmetleri temel olarak ikiye ayrılır.

3.8.1. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri

Kişinin kendisini ve toplumu belirli etkenlere karşı korumasını hedef alır. Bu doğrultuda hastalığın önlenmesi, tanısı ve tedavisi 'nin yapılması koruyucu sağlık hizmeti kapsamındadır. Kişiyeye yönelik sağlık hastalıkları, bireyi çeşitli hastalıkların gelişmesinden korumak, gelişenlerde ise gerekli müdahaleleri yaparak ileri komplikasyonları önlemek amacı taşır. Bununla birlikte kronik süreci bulunan hastalıkları erken teşhis etmek ve buna yönelik önlem almak da koruyucu sağlık hizmeti kapsamındadır (<http://www.diyetto.com>).

Birincil koruma: Kişinin hastalığın oluşmasını önleyecek yaşam tarzında değişikliklere gitmesidir. Spor yapma, sigara kullanmama, düzenli beslenme, hastalıklara karşı aşılama birincil korunma alanına girer.

İkincil korunma: Hastalığın tanısının erken konulması ve buna yönelik önlem alınmasıdır. Her yıl düzenli checkup yapılması, mamografi çekilmesi gibi durumlar ikincil korunma kapsamındadır.

Üçüncül korunma: Ortaya çıkan ve süren bir hastalığın tedavisinin yapılmasıdır. Mevcut hastalığın kemoterapi, cerrahi veya radyoterapi ile tedavi edilmesi üçüncül korunma kapsamına girmektedir

3.9. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, belirli çevrelerde oluşan çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörler bulunmaktadır. Çevre sağlığını bozan faktörler şunlardır (<http://www.main-board.com>)

1. Kimyasal atıklar: Aseton, tiner, katran, deterjanlar, böcek öldürücüler ve boyalardır.
2. Hızlı nüfus artışı: Nüfusun hızlı artmasına bağlı olarak fert başına düşen tüketim maddelerinin artması ve oluşan atıklardır.
3. Çöpler: Gelişmiş ülkelerde her insan günde 1 kg çöp üretmektedir. Gelişmiş ülkeler bu sorunla ilgili çeşitli kararlar almasına karşılık birçok ülkede bu durum potansiyel tehlike oluşturmaktadır.
4. Avcılık: Kontrolsüz avlanma, birçok türün neslinin tükenmesi tehlikesini ortaya çıkarmış bu da doğal dengenin bozulmasına sebep olmuştur.
5. Denizlerin kirlenmesi: Her yıl yirmi milyon ton atık denizlere atılmaktadır. Bunun %90 kadarı kıyıya vurmaktadır. Petrol atıklarının denize dökülmesi doğal yapıyı bozmakta, canlı türlerini olumsuz etkilemektedir.
6. Nükleer Santraller: Günümüzde teknolojisi yenilenmeyen bu santrallerden çıkan sızıntılar oldukça tehlike oluşturmaktadır.
7. Otomobiller ve zehirli gazlar (hava kirliliği)
8. Endüstri Balıkçılığı: Büyük gemilerle yapılan balık avcılığında trol, dinamit gibi kullanılan araçlar balık yumurtalarını yok etmektedir.
9. Ozon Tabakası: Deodorantlar, böcek öldürücüler; spreylere, floroklorokarbon gazı gibi maddeler ozon tabakasını delmekte buda zararlı güneş ışınlarının yeryüzüne ulaşması anlamına gelmektedir.
10. Plastikler: Doğada asla yok olmayan petrol kaynaklı yapılardır.
11. Sera Etkisi: Fosil yakıtlarının bilinçsiz kullanımı sonucu oluşan gaz bulutu; güneş ışınlarının geri yansımalarını engeller; buna bağlı olarak dünya fazla ısınır.
12. Tarımsal Sorunlar: Suni gübreler, böcek öldürücüler başlıca kirlilik

nedenidir. Kanserojen etki gösterirler.

13. Ülkelerin Gelişmesi: Gelişmiş ülke insanların yapmış olduğu tüketim, gelişmekte olan ülke insanlarınkinden 20 kat daha fazladır.
14. Ormanların yok olması: Başta orman yangınları olmak üzere çeşitli faktörler ormanların hızlı bir şekilde yok olmasına neden olmaktadır.
15. Zararlı alışkanlıklar (meraklar): Kadınların lüks tutkuları (kürk, fildişi tarak, yılan derisi çanta ayakkabı vs) ve bazı kimselerin sürat motoru kullanma merakı gibi duygular çevre sağlığını Etkileyen faktörlerdendir.

Çevre sağlığı, insan sağlığı açısından önem arz ettiğinden dolayı Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bu etkilerini önlemeye yönelik hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetler, yetecek kadar ve temiz su sağlanması, hava kirliliği ile savaşımları, endüstri sağlığı, katı ve sıvı atıkların zararsız duruma getirilmesi, haşerelerle savaş, konut sağlığı ve radyasyonla ve gürültü ile savaş gibi durumlar sıralanabilir. Bu koruyucu sağlık hizmetleri sağlık alanından daha çok diğer alandaki hizmet gruplarını ilgilendirmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770:105).

Sağlık bakanlığının2008 yılında yapmış olduğu “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)” yayında Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel unsuru olan çevre ve toplum sağlığı için gerekli şartların, kentsel alanların yanında köylerde de oluşmasını sağlamak amacıyla Sağlıklı Köyler Projesini başlatıldığı belirtilmiştir. Bu Proje ile köylerimizin mevcut durumlarının tespit edilmesini ve elde edeceğimiz veriler üzerinden köylerin çevre ve sağlık sorunlarının çözümü için ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte yeni politikalar geliştirilmesini amaçlanmıştır. Belirlenen sağlık politikalarında da koruyucu sağlık hizmetleri her geçen gün daha büyük gündem olduğu görülmektedir

3.10. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastaların iyileşmesi amacıyla yapılan çalışmaların tamamına denir. Tedavi hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak derecelendirilir. Tedavi hizmetlerinin derecelendirilmesinin sebebi tedavide sunulacak hizmetlerin sınırlarının belirlenmesi ve standartların oluşturulmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkların oluşmasını engellemek

amacıyla uygulanırken tedavi edici sağlık hizmetlerinde daha çok bireysel fayda ön plandadır. Bu hizmetlerde sosyal fayda, hastalığın bulaşıcı olma derecesine veya hastanın etrafı için tehlike olma derecesine bağlıdır.

3.10.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar

Birinci basamak Sağlık Hizmetleri'nin temel amacı koruyucu sağlık hizmetleri olmasına rağmen teşhis ve tedavi hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de beraberinde sunulmaktadırlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerin de genellikle pratisyen hekim, ebe ve hemşire çalışmaktadır. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kamu kurumlarına, Resmi Kurum Tabiplikleri, Aile Hekimlikleri, TSM, Dispanserler, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri örnek olarak verilebilir. Birinci basamak özel sağlık kuruluşları ise, özel tıp merkezleri, özel poliklinikler, özel işlem merkezleri, ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır. (Işık, 2017: 11)

3.10.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar

İkinci basamak tedavi hizmeti sunan kuruluşlar genellikle hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin genel hastanelerde verildiği tedavi edici hizmetlerdir. Kamu hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar bu hizmetlerin verildiği kurumlara örnek olarak gösterilebilir. Hastanelerin temel görevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Fakat poliklinik hizmetleri hastanelerin temel görevleri arasında değildir. Birinci basamak hizmetlerinin etkin bir biçimde işletilebildiği yerlerde ve hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi bir zorunluluk değildir (Yüce, 2011: 37).

3.10.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri Sunan Kuruluşlar

Bu hizmetler ise daha derin bakım gerektiren ve daha çok üniversite hastaneleri gibi eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve ileri teknoloji içeren, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için verilen hizmetlerdir. Onkoloji hastaneleri, sanatoryum hastaneleri, ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri gibi kurumlar üçüncü basamak tedavi hizmetleri vermekte olan kurumlardır (Özkara, 2006: 77).

3.11. Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaza veya hastalık sonrasında oluşan kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı en az düzeyde etkilemesi ve kişinin başkalarına bağımlı olmadan hayatını idame ettirebilmesi için verilen psikolojik destek hizmetlerdir.

3.12. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil eder, yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabasının sürdürülmesi için katılım esastır. Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik üç temel strateji belirlenmiştir. Bunlar, yukarıda belirtilen gerekli sağlık koşullarının yaratılması için sağlığın desteklenmesi; insanların tam sağlık potansiyellerine erişmelerinin sağlanması ve sağlık arayışında toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılması.

Bu stratejiler, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde çerçevesi olduğu üzere beş öncelikli eylem alanı tarafından desteklenir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2).

- Sağlıklı halk politikası oluşturulması,
- Sağlığı destekleyici çevrelerin yaratılması,
- Sağlık için toplum hareketinin güçlendirilmesi,
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi,

Bu stratejilerin ve eylem alanlarının her biri sözlükte daha fazla tanımlanmaktadır.

Temmuz 1997 tarihinde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin 21. Yüzyıla Getirilmesi konulu Jakarta Bildirgesi'nde bu stratejilerin ve eylem alanlarının tüm

ülkelere uygun olduğu onaylanmıştır. Ayrıca, aşağıdakilere ilişkin net kanıtlar mevcuttur:

Sağlığın gelişimine yönelik kapsamlı yaklaşımlar en etkili olanlardır. Beş stratejinin kombinasyonlarını kullanan yaklaşımlar tek yönlü yaklaşımlardan daha etkilidir;

Sağlık ortamları, kapsamlı stratejilerin uygulanmasına yönelik pratik fırsatlar sunar;

Çabaların sürdürülmesi için katılım esastır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eylemi ve karar alma süreçlerinin etkili olması için bunların merkezinde insanlar yer almalıdır;

Sağlık okuryazarlığı/sağlık bilgisi, katılımı teşvik eder. Eğitim ve bilgiye erişim, insanların ve toplumların etkili katılımını ve yetkilendirilmelerini sağlamak için gereklidir.

21. yüzyılda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için, Jakarta Bildirgesi'nde beş öncelik belirlenmiştir:

- Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun teşvik edilmesi
- Sağlık gelişimi için yatırımların artırılması
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için ortaklıkların genişletilmesi
- Toplum kapasitesinin artırılması ve bireylerin yetkilendirilmesi
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için altyapının garantilenmesi

Bu önceliklerin her biri sözlükte daha fazla tanımlanmaktadır. Toplum kapasitesinin artırılmasına, sağlığa yönelik toplum hareketinin tanımında değinilmektedir.

3.13. Şehir Hastaneleri

Şehir hastaneleri, genel olarak ülkenin sağlık hizmetlerindeki uygulamaları daha büyük bir kompleks haline getirmek olarak değerlendirilebilir. Hastane denince akla gelen sadece hekimlerin hastalara uygulamış oldukları klinik uygulamalar olmamalı. Klinik uygulamaların haricinde hastaların almaları gereken diğer hizmetlerinde düşünülmesi ve planlanarak hizmet kalitesinin artırılması gerekir, aynı zamanda sağlık uygulamalarının kesintiye uğramaması için fiziki koşulların ve

altyapının güçlü olması çok önemlidir. Bu sebeplerden dolayı şehir hastaneleri birçok uygulamayı hayata geçirmek için tasarlanmış ve hayta geçirilmeye çalışılan önemli bir projedir.

Şehir hastanelerinde hastalar için verilen hizmetlerin başında özellikle vurgulanacak özellik otel konforunda hizmet verilmesidir. Fiziki koşullar ne kadar iyi olur ve verilen hizmet kalitesi ne kadar üst seviyede olursa hastaların tedavi sürecinin kısa sürmesine etkisi bir o kadar olur. Özellikle sağlık hizmetlerinde hijyen çok önemlidir, hastanede oluşan enfeksiyonların temelinde fiziksel koşulların olduğu tartışılmaz bir konudur, hekim tedavi sürecinde enfeksiyon oluşmamasına özen gösterse de fiziksel koşulların önüne geçmesi mümkün görülmemektedir. Örneğin hastaya müdahale sonrasında diğer hastalarla aynı ortamda bulunması enfeksiyon riskini artırdığı yapılan araştırmalardan anlaşılmaktadır. Bundan dolayı hem hastalar için hem de sağlık hizmeti veren çalışanlar için fiziki koşullarında planlı ve düzgün teşkil edilerek hayata geçirilen şehir hastaneleri ülkemiz adına büyük bir kazanım olarak düşünülmektedir.

3.13.1. Şehir Hastanelerinin Tanımı

Şehir hastaneleri Kamu Özel İşbirliği çerçevesi içinde halkın daha rahat, ferah, sağlıklı ve kamu yararına yapılan, kamunun hizmet sunduğu ve özel sektörün sahip olduğu sermaye ve imkânları sayesinde oluşturulmuş bir ortaklık modelini ifade eden kuruluşlardır. Sözer ise “Bir kamu kurumu ve özel sektör kuruluşunun, kâr amaçlı ya da kâr amaçlı olmayan, geleneksel olarak kamu tarafından yerine getirilen bir faaliyeti birlikte/ortaklaşa üstlenmelerine ilişkin bir düzenleme” ve ayrıca daha kısa olarak “Kamu ve özel sektör işbirliğine dayalı kurumsal düzenlemeler” olarak tanımlanmaktadır (Sözer 2014: 216). İngilizcesi Public Private Partnership (PPP) olup, başta dilimize Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) olarak çevrilip sonra ise Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) olarak değiştirilmiştir. Bu model 1990’dan sonra tüm dünyada özellikle İngiltere’de yaygınlaşan ve birçok alanda KÖİ çalışmaları yapılmıştır. Enerji, eğitim, ulaştırma gibi birçok alanda karşılığı olan kamu özel işbirliği mekanizmaları sağlık sektöründe de hayata geçirilmektedir. Bu mekanizma özel sektörle uzun vadeli bir sözleşme uygulayarak devletinde finansman kaynağı olduğu esasına dayanmakta.

Mülkiyet, yönetim, finans açısından farklılaşan değişik KÖİ uygulamaları aşağıda verilmiştir;

Yap İşlet Devret: Yap-işlet-devret modeli, kamunun görev alanına giren bir yatırım veya hizmetin, yatırım ve işletme döneminde yapılacak masrafları yüklenen ve karşılığında yatırım sonucu ortaya çıkacak tesisi, önceden belirlenen bir süre ve tarife üzerinden işletme hakkına sahip olan bir şirket eliyle gerçekleştirmesi yöntemidir (Emek, 2002:3).

Yap İşlet Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının özel sektör tarafından tasarlandığı, finanse edilerek yapıldığı, işletildiği ve yapının mülkiyetinin özel sektörde kaldığı modeldir.

Yap Kirala Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının özel sektör tarafından tasarlandığı, finanse edilerek yapıldığı, belirli bir süre için idareye kiralandığı, gerekli hallerde yatırım kapsamındaki mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmen veya tamamen yapımçı tarafından işletildiği ve yapının mülkiyetinin kira dönemi sonunda sözleşmede düzenlenmesi hâlinde kamuya geçtiği modeldir.

İşletme Hakkı Devri Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, idarelerin aktifindeki mal ve hizmet üretim birimlerinin bir bütün olarak veya kısmen, mülkiyet hakkı saklı kalmak koşuluyla bir bedel karşılığında belli bir sürede işletilmesi hakkının özel sektöre verildiği modeldir.

İşletme Bakım Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, su temini ve atık su arıtma tesisi, kanalizasyon sistemleri, katı atık işleme üniteleri, yol bakımı, park ve oyun alanları peyzajı, bakımı gibi hizmetlerin bir bedel karşılığında belli bir sürede yapımı, işletilmesi ve bakımı ile ilgili faaliyetlerin özel sektöre verildiği modeldir.

Tasarla-Yap Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, yollar, otoyollar, su ve atık su işletme istasyonları, kanalizasyon sistemleri gibi tesislerin kamunun standartlarına ve ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlanması ve inşasının, mülkiyet hakkı saklı kalmak koşuluyla bir bedel karşılığında özel sektöre verildiği modeldir.

Geliştir İşlet Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, idarelerin aktifindeki mal ve hizmet üretim birimlerinin mülkiyet hakkı saklı kalmak koşuluyla bir bütün olarak veya kısmen, modernizasyon veya genişletme yatırımı yaparak işletilmek üzere bir bedel karşılığında belli bir süre karşılığında yapımcı tarafından işletildiği ve yapının mülkiyetinin işletme dönemi sonunda sözleşmede düzenlenmesi hâlinde kamuya geçtiği modeldir.

Yapı Devret İşlet Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, uzun süreli işletme hakkının leasing yoluyla yapımcı özel sektöre verilmek üzere, mülkiyetinin kamuya devredildiği modeldir.

Yapı İşlet Sahip Ol-Devret Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde bir yapının tasarlanması, finanse edilerek yapılması ve işletilmesine ilişkin olarak bir franchising anlaşması yapılarak özel sektöre bazı imtiyazların verildiği, gerekli durumlarda yapının özel sektöre yeniden tasarlandığı, finanse edildiği, yapıldığı ve yapının mülkiyetinin belli bir süre için özel sektöre devredildiği ve bu sürenin bitiminde mülkiyetin kamuya iade edildiği modeldir.

Tasarla Yapı Finanse Et İşlet Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının tasarlanması, finanse edilerek yapılması ve işletilmesinin özel sektöre verildiği, sözleşme süresince belirli performans standartlarında sunduğu hizmet karşılığında özel sektöre ödeme yapılan, yapının mülkiyetinin kamuda kaldığı modeldir.

Tasarla Yapı İşlet Modeli: Kamu ile özel sektör arasında yapılacak bir sözleşme çerçevesinde bir yapının tasarlanması ve yapılması için gereken finansmanın kamu sektörü tarafından sağlandığı, ancak işletilmesinin yönetim ücreti ödenerek özel sektöre devredildiği modeldir.

Menkul Kıymetleştirme: Mevcut veya yapılacak bir varlığın kendisinin ya da bu varlığı aktifinde bulunduran şirketin menkul kıymetleştirilmesidir.

Ortaklık: Bir projenin geliştirilmesi, gerçekleştirilmesi veya projeye finansman katkısı sağlanması amacıyla kamu kuruluşları özel sektör ile gelir ortaklığı veya ortaklık kurabilirler. Ancak, ortaklık kurulması durumunda kamu payı %49'u geçemez. (Salim, 2013:29-30).

Bu kuruluşların ülkemizde tarihi Osmanlı devleti dönemine kadar dayanmaktadır. O dönemlerde devletin yetiştiremeyeceği kadar büyük ve maliyetli projeler özel sektörden destek görmüş ve halka sunulmuştur. Söz konusu model yap işlet devret yap kirala olarak dile getirilmektedir. İlk olarak firma tesisin inşaatını yapar ve bu binayı kamuya kiraya verir. Ve kamu bu binaları kiralar. Kira sözleşmesi imzalandıktan sonra kira süresi bitene kadarda tesisin yükümlülüğünü üstlenmektedir. Ayrıca binanın inşaatını yapan özel firma yapılan anlaşmalara göre binada bulunan hastane dışı bölgelerden kendine gelirden elde edebilecektir. (Kaya 2013: 1)

Bu sistem sağlık alanında olduğu gibi birçok alanda da kullanılmaktadır. Esasen özel şirket ya da şirketler topluluğu arasında gerçekleştirilen ve tanımını her ülkede farklı olan bir mukavele türüdür. Bu kontratlarla amaçlanan, üretimi ve sunumu devlet tarafından beklenen kısmen veya tamamen kamusal yatırımların ve hizmetlerin özel sektöre geçmesidir.

Özel sektör ortaklığı ile kurulan kuruluşların yapıları halk arasında tam anlamıyla bilinmiyor olsa da, şehir hastaneleri halkın sağlık sorunlarına yüksek verimlilikle çare olacağı kesindir. Çünkü hastane kapasitesi, uzman doktor, teknolojik ekipmanlar açısından yüksek performansa sahiptirler.

Ülkemizde yeni yeni gelişmeye başlayan şehir hastaneleri belli başlı yerlerde kurulmuş ve pilot bölgelerde çalışmaya başlamıştır. Bu hastaneler kurulduğu alanda ki birçok ili içine alacak şekilde planlanmış olup, kişilerin sağlık sorunlarının çözümü için etüt ve fizibilite çalışmaları sağlıklı şekilde yapılmıştır. Yapımı yüksek maliyet getirdiğinden ve ciddi bir iş olduğunda dolayı bu hastanelerin fizibilite çalışmaları üst düzey çalışmalarda yürütülmektedir. Bu bağlamda şehir hastaneleri devletimizin halka kasasından çok fazla para çıkmadan özel sektör ortaklığı ile kurulan kuruluşlardır. Bu durumun iyili, kötülüğü, verimliliği, verimsizliği geniş mecralarda tartışıla dursun günümüzde hasta memnuniyeti açısından yapılan emeğin karşılığını halktan memnuniyet olarak geri almaktadır.

3.13.2. Şehir Hastanelerinin Amacı

Kamu-Özel Ortaklığı Sistemi, sağlık sektöründeki yatırımların ekonomik sorunlarını ortadan kaldırmak amacıyla kamu tarafından yapılan bir model arayışıdır.

Bu modelle asıl hedeflenen amaç, buna benzer yüksek maliyet gerektiren yatırımlar için özel sektörden alternatif yatırımcı bularak yapılacak olan finans kaynaklarının halka geçirilmesidir. Bu şekilde alınmış olan büyük risk ve elde edilen kazanç, yapılmış olan maliyet ve yatırım, idareler ve özel sektör arasında pay edilecektir. Kamu özel ortaklığı sayesinde ne devlet tamamen çekiliyor, ne de hizmetler tümüyle özel sektöre bırakılıyor. Böylece hem özel sektörün katılımı sağlanmış oluyor, hem de finansman sorunu ortadan kalkıyor. Ünal ise bu durumu şöyle yorumluyor: ' Sağlık sektöründe hizmet sunumuna özel sektörün katılımını artırmaya yönelik bir stratejisi olarak tanımlanabilen kamu özel ortaklığının, sağlık hizmeti alanına piyasa ilkelerinin yerleşmesi, hizmeti sunan kuruluşların kar amaçlı şirketlere dönüşmesi, sağlık sistemlerinin ticarileşmesi, maliyetlerin ve risklerin toplumsallaşması, bireyselleşen sağlık anlayışı, kurulan hastanelerin yeni kar ve birim merkezleri haline getirilirken diğer yandan da özel harcamaların genişlemesine yol açması gibi sebeplerle eleştirilebilmektedir.' (Ünal 2017 ; "www.researchgate.net") Ayrıca, bu sistemle nitelikli hizmetin maliyeti oldukça uygun hale getirilip yeni bir kamu finansmanı oluşturulmaktadır. Devlet ise bu sistemde özel sektörün hesapladığı hizmet miktarını sunulmaya başlanmasından sonra ödemektedir. Söz konusu model sayesinde devlet borçlanmaktan kurtulup uluslararası bütçesini altyapı projelerine yönlendirmektedir.

3.13.3. Şehir Hastanelerinin Kapsamı ve Önemi

Günümüzde modern devletle beraber özel sektörün yatırımları da oldukça farklı yönlerde dağıldı. Amerika, İngiltere, İtalya gibi ülkelerde de olduğu gibi Türkiye'de devletin sağlık sektörüne müdahalesi gittikçe azalıyor. Yukarıda bahsedilen kamu özel işbirliği yönteminin önemi, hem özel sektöre yatırım sağlıyor hem de devletin yatırım ve hizmet finansmanı oluyor. İçerik olarak değişken olabilse de, çoğu zaman yatırım ve hizmetlerin finansmanı, inşası, bakımını ve işletilmesi gibi konular içeriyor. Örneğin, sorumluluğun bazı konularda özel sektöre, bazıları ise devlete verilmiştir. Özellikle finansman sorununun çözümü olan bu işbirliği seksenli yıllarda ortaya çıkmıştır. Devletin ekonomik ve kaynak problemlerini engellemek için böyle yeni yollara başvurulmuştur. Dünyada genel olarak bu dönemden sonra Public Private Partnership (PPP), yani Kamu Özel İşbirliği ortaya çıkmıştır.

3.13.4. Şehir Hastanelerinin Eski Hastanelere Göre Farkı

Şehir hastanelerinin en öncelikli amacı yüksek oranlarda hasta tedavi edebilmek, yüksek oranda hasta kapasitesine sahip olmak, yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlamaktır.

Eski hastanelerimizden olan SGK ve numune hastaneleri yıllar önce kurulan hastaneler olduğu için şehir merkezlerine kurulmuşlardır. Zaman içerisinde ise şehirlerin büyümesi ve ara sokakların daralması ile hastaneler sıkışık kuytu yerlerde kalmışlardır. Ve bir ikincisi ise toplumun çoğalması gelişmesi ve insan nüfusunun artması ile hastane ihtiyacı artmıştır.

Bu açıdan düşünenecek olursak eski hastanelerden farklarını aşağıdaki başlıklarla inceleyebiliriz.

Hasta kapasitesi: Şehir hastaneleri sınırlı sayıda yapıyor olup stratejik araştırmalar yapılarak planlanıyor ve belli bölgelere birçok şehri içine alacak şekilde planlanmaktadır. Bu planlama sonucunda hastaneye gelen kişi sayısı arttığı için hastanelerin bu yoğunluğu kaldırabilmesi gerekmektedir. Bu sayıların ek binalar ile artırılabilmesi düşünüldüğünde ileriye dönük muazzam yatırımların olduğunu söyleyebiliriz. Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılan proje aşamasında ve yapımı biten bazı şehir hastanelerinin hasta kapasiteleri şöyle sıralayabiliriz;

1) Tamamlanan Şehir Hastaneleri
Mersin Şehir Hastanesi (1250 yatak)
Yozgat Şehir Hastanesi (475 yatak)
Isparta Şehir Hastanesi (755 yatak)
2) Sözleşmesi İmzalanan Projeler
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (3660 yatak)
Adana Şehir Hastanesi (1550 yatak)
Ankara Etlik Şehir Hastanesi (3566 yatak)
Bursa Şehir Hastanesi (1355 yatak)
Elazığ Şehir Hastanesi (1040 yatak)
Eskişehir Şehir Hastanesi (1081 yatak)
FTR & YGAP & PH Paketi (2400 yatak)
Gaziantep Şehir Hastanesi (1875 yatak)

İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi (2682 yatak)
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 yatak)
Kayseri Şehir Hastanesi (1584 yatak)
Konya Şehir Hastanesi (838 yatak)
Manisa Şehir Hastanesi (560 yatak)
3) Karar Aşamasında Olan Projeler
Şanlıurfa Şehir Hastanesi (1700 yatak)
Tekirdağ Şehir Hastanesi (480 yatak)
4) İhale Sürecinde Olan Projeler
Denizli Şehir Hastanesi (1000 yatak)
Kütahya Şehir Hastanesi (600 yatak)
Samsun Şehir Hastanesi (900 yatak)
5) Yüksek Planlama Kurulunun Bekleyen Projeler Onayını
Antalya Şehir Hastanesi (1000 yatak)
Aydın Şehir Hastanesi (800 yatak)
Bartın Şehir Hastanesi (400 yatak)
Diyarbakır Kayapınar Hastanesi (750 yatak)
Diyarbakır Yenişehir Şehir Hastanesi (705 yatak)
İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (3800 yatak)
Kahramanmaraş Şehir Hastanesi (500 yatak)
Ordu Şehir Hastanesi (600 yatak)
6) Ön Fizibilite Çalışmaları Devam Eden Projeler
Trabzon Şehir Hastanesi (600vyatak)

(Saadet P. 2017; 15-17)

Otopark kapasitesi: yukarıda hasta kapasitelerini verdiğimiz hastanelerin yatak sayısına göre otopark alanının olduğunu düşünürsek muazzam büyüklükte otoparklarımız mevcuttur. Ve otopark sorunu hastaların ve hasta yakınlarının en büyük sıkıntılarından biridir. Bu sorunu şehir hastaneleri üst ve alt kat otoparklar ile çözümlenmiştir. Eski hastanelerimizin şehir merkezlerinde kurulduğunu bildiğimizden, gelen hasta ve hasta yakınları araçlarını şehir merkezine park etmektedir. Zamanla sıkışan trafik sebebiyle şikâyetler artmış ve insanlara başka

yerlere park etmeleri gerekmiştir. Bu durum ise hastaların hastaneye gelip gitmesinde hasta taşınmasında çok ciddi sıkıntılar doğurmuştur.

Personel kapasitesi: eski hastanelerimiz yıllar önce kurulduklarında binanın kapasitesine göre Doktor odaları ameliyathaneler, pansuman odaları, acil servisler, atık odaları, yemekhaneleri, planlama yapılmış ve ona göre personel istihdam edilmişti. Zamanla gelişen teknolojiler ile hastanelere yeni araç gereklere alınmış ve hastane odaları metrekare olarak küçülmeye başlamıştır. Ve yine doktor, hemşire, hasta bakıcı, hizmetli ihtiyacı arttığından personel istihdam edilmiştir. Bu istihdam ise 1 odada bir doktorun yerini odalar fiziki olarak bölünüp küçültülerek 2 doktora çıkarılmaya başlanmıştır. Bu ise personellerin daha stresli, boğuk, basık mekânlarda hasta tedavi etmesine sebep olmuştur. Şehir hastaneleri ise bu sıkıntılara çok büyük çözüm önerileri getirerek günümüz ve ileriye dönük sorunlarını planlama yaparak geliştirilmiştir. Günümüz şartları en iyi şekilde çözümlenerek planlama yapılmış ve fiziki alt yapı ona göre kurulmuştur. İleriye dönük olarak ise hastane çevreleri geniş bırakılmış ve aynı şartlarda ek binalar ile desteklenecek şekilde kurulmuştur. Tüm bu planlamalar personeli daha rahat, ferah, stressiz bir ortamda çalıştırmış ve insanların tedavilerini olumlu yönde etkilemiştir.

Tedavi gereçleri kapasitesi: eski hastanelerde bulunan gereçler geçmiş zamana göre planlanmış ve kurulmuştur. Buda zamanla odaların küçülmesine sebep olmuştur. Fakat yeni hastanelerde tük odalar geniş ve sistemli şekilde tasarlandığı için teknolojik aletlere çokça yer verilmiştir.

Hasta refakatçisinin düşünülmesi: eski hastanelerde bir odada ortalama 4,6,8 kişi yatardı. Ve bu hastaların birde refakatçisi olurdu. Yani bir odada 16 kişi kalabilmekteydi. Refakatçilerin bazıları hasta yanında, bazıları yerlere karton sererek bazıları ise koridorlarda koltuk üstlerinde uyurlardı. Bu durum yeni hastaneler ile çözüme kavuşturulmuş ve hasta refakatçileri de düşünülmüştür. Hastalar 1,2 kişilik odalarda kalmakta ve refakatçilere de yatak verilmektedir.

Banyo ve tuvalet ihtiyaçları: eski hastanelerde hastalar lavabo ihtiyaçlarını hastanenin merkezi yerlerine yapılan lavabolarda gidermekteydiler. Banyo ise hastanede belki bir belki iki adet vardı ve çoğu hasta ve hasta yakını banyonun varlığından bile haberdar değillerdi. Ara ara hastaları doktordan izin alıp evine

götürüp banyo yaptırıp getirilirdi. Şehir hastaneleriyle bu durumda çözüme kavuşulmuştur. Hasta odalarında lavabo ve banyo konularak hastaların daha rahat ortamda kalması, daha temiz ve kısa sürede tedavi olması sağlanmıştır.

Bu bölümde konumuz dâhilinde önemli farklılıkları inceledik. Bu farkları daha ayrıntılı araştırması ve incelemesi yapılabilir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ

4.1. Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (Zaim, Tarım, 2010: 9)

Günümüzde sağlık hizmetlerinin her geçen gün gelişim göstermesi beraberinde rekabet koşullarını da gündeme getirmektedir. Aynı zamanda devletin sağlık politikalarının güncellenmesi hastaların almış oldukları hizmetin kalitesini artırmaktan geçtiği görülmektedir. Hasta memnuniyeti kavramı özellikle özel hastanelerde ön planda olsa da devlet hastanelerinde de hasta memnuniyetini artırmak için araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Hasta memnuniyeti araştırmaları sayesinde, sağlık kuruluşlarında hastaların memnuniyetini artırıcı uygulamalar geliştirilmiş ve bu uygulamalar sayesinde her geçen gün sağlıkta kaliteyi artırdığı gözlenmiştir.

4.2. Hasta Kavramı

Doğal ve kültürel boyutları olan hasta kavramı, eski olma ve geniş kitlelere mal olmuş bulunma gibi iki önemli özellik arz etmektedir. Hem eskiliğin hem de kitleselliğin kavramların anlam yükünü genişletmesi ve bu nedenle tereddütler, zihin karışıklıkları yaratması söz konusudur (Henzel, 2009:3)

Tıp tarihleri genellikle tıp merkezli olup, tıba dair görüşlerin, inanışların ve uygulamalarının gelişimini incelemektedir. Tıbbın ve uygulamalarının tam olarak ne zaman ortaya çıktığı bilinmemekle birlikte, hasta ve hastalık kavramları insanlık tarihinin başlangıcından itibaren var olmuştur. (Henzel, 2009:5)

4.3. Memnuniyet Kavramı

TUIK'in memnuniyet kavramı üzerine yaptığı tanımlamada 'ihtiyaçların ve isteklerin karşılanmasından doğan tatmin duygusudur' (www.tuik.gov.tr) bu tanımdan da anlaşılacağı üzere kişinin ihtiyaçlarının ve isteklerinin öncelikli olarak belirlenmesi ve buna göre memnun olup olmadığı ile ilgili değerlendirme yapması gerekir. Sağlık alanında yapılan araştırmalarda hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi için öncelikle yapılan araştırmalarda hastanın beklentileri belirlenmiş ve bu beklentileri karşılamak üzere çeşitli politikalar geliştirilmiştir. Hastaların memnuniyetinin karşılanmasındaki faktörler şöyle sıralanabilir.

4.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Öncelikle fiziki koşul, ulaşım, hasta karşılama ve muayene olarak sıralanabilmektedir. Bu faktörler, hastane işletmeleri tarafından sürekli denetiminin olması ve gerekli tedbirleri alması büyük önem arz etmektedir. Sağlık kuruluşları kompleks yapıda hizmet veren kuruluşlar oldukları için fiziki koşulların düzenli olması çok önemlidir, hasta yönlendirme, araç otoparkı gibi hizmet kalitesini artıran birimlerin kontrolleri memnuniyeti artıran en önemli hizmetlerden bir kaçıdır. Hastalara sunulan ürün hizmet olduğu için hasta karşılama, servis görevlisi, yönlendirme yapan görevlilerin tutum ve davranışları da aynı şekilde hizmet kalitesini artıran özelliklerden bir kaçıdır.

Memnuniyetin pozitif olması için memnuniyeti Etkileyen faktörlerin doğru tespit edilip, bu faktörleri iyileştirme yöntemlerinin kullanılması gerekmektedir. Hasta memnuniyeti kavramı bilimsel birçok yayında araştırılmış, bilimsel anlamda memnuniyeti Etkileyen faktörler belirlenmiştir. Memnuniyet kavramı sayılabilen nicel bir kavram olmadığı için memnuniyeti ölçmek için literatürde birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu çalışmada Türkiye'de yeni Geliştirilen Şehir Hastaneleri konseptinde hasta memnuniyeti ölçeği geliştirilmiş ve bu ölçek araştırmacıların kullanması için hazırlanmıştır.

4.4.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyetini etkilemektedir. Bazı araştırmalarda yaş ilerledikçe sağlık hizmetlerinden

memnuniyetin arttığı, bazı çalışmalarda ise yaşın sağlık hizmetlerinden memnuniyete etkisi olmadığı saptanmıştır (Özer, Çakıl, 2007:141) . Yapılan araştırmalara bakıldığında hastaların demografik özelliklerine göre memnuniyet değişkenlik göstermektedir.

4.4.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini belirleyen faktörler; hastanenin fiziki ortamı, sunulan hizmetlerin zamanı, sürekliliği, güvenilirliği, doğru olarak ve konusunda uzman kişilerce verilmesi gibi faktörlerdir (Yılmaz, 2010: 22).

4.4.3. Çevresel Faktörler

Fiziksel ortam, müşterinin hizmet alımdan ilk önce dikkat ettiği özelliklerden biridir. Sağlık kurumlarından hizmet alacağı zaman kendini fiziksel rahat, evindeymiş gibi hissetmek ister. Sağlık kurumlarının ulaşılabilirliği, ortamı, şartları, temizlik, çalışma saatleri, otopark, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir (Akbaş, 2014:49).

Hastanenin ve hastanede yaşanan odanın fiziksel koşulları, bireylerin çok üzerinde durdukları, önem verdikleri tatmin boyutlarından birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Yetersiz oda koşulları, bakımsız bir hastane, hastaların mutlaka şikâyet nedeni, tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercih edilme şansını yitirmektedir. Fiziksel ortam, tüketicinin hizmet satın alımı öncesinde ki aradığı ipuçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır.

Çevresel faktörler ne derece düzgün olursa hasta o kadar sağlık kuruluşundan memnun kalır, hastanın memnuniyetini Etkileyen önemli faktörlerin başında çevresel faktörler gelmektedir.

4.5. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Günümüzde hastalar hastalıklarını öğrenmek ve kendileriyle ilgili alınan kararlara katılmak istediklerinden, sadece sağlık ekibinin belirlediği sağlık hizmetinin sunulması, kaliteli sağlık hizmeti sunumu için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyeti, kaliteli sağlık hizmetinde hasta beklenti ve ihtiyaçlarına odaklı bir hizmet süreci olarak ele alınmaktadır. Çünkü sağlık hizmetiyle ilgili

beklentisi karşılanmayan hasta ve Ailesi, bir başka hastanenin hastası olmaya adaydır (<http://www.dilakekici.com>)

Sağlık kuruluşlarının sundukları hizmette kaliteyi artırmak, hastaların isteklerine büyük ölçüde cevap vermek, hastaların hizmet sunan birimlerden ilgi görmesi sağlık kuruluşunun varlığını devam etmesini sağlar. Sağlık kuruluşlarının varlığını devam ettirmesi hastaların memnuniyetinin ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir. Devlete bağlı olsun veya özel hastaneler olsun hasta memnuniyetini belirli aralıklarla ölçmek için araştırma yapması ve yapılan bu araştırmaları uygulaması sağlık sektörünün getirmiş olduğu bir zorunluluktur. Yapılan araştırmalarda geri bildirimleri dikkatli bir şekilde inceleyerek kuruluşun yöneticileri tarafından uygulanması gerekmektedir. Hasta profilinin ve beklentilerinin belirlenmesi hastaya sunulan sağlık hizmetinin yönetiminde önemli rol oynar. Her geçen gün gelişen teknoloji ve pazarlama stratejileri hasta memnuniyetini ön plana çıkarmıştır, rekabet koşullarından ziyade insan sağlığına verilen önemin bir getirisi olarak hasta memnuniyeti sağlık kuruluşları açısından en önemli faktörlerin başında gelmektedir.

Hasta memnuniyetinin önemini nedenlerini dört başlık altında incelenmiştir. Bunları şöyle sıralayabiliriz, Bireysel Nedenler, Ekonomik Nedenler, Pazarlama Nedenleri, Klinik Etkinlik Nedenleri olarak sıralanabilir.

4.5.1. Bireysel Nedenler

Bireysel nedenler hasta memnuniyetinin en önemli sebeplerindedir. Sağlık kuruluşları hizmet sunarken ilk planda birey odaklı süreci geliştirmeleri ve sunmaları gelmelidir. Sağlık kuruluşunun hizmet sunarken teknolojik altyapısının kontrolünü ve sürekliliğini sağlaması bireylerin sağlık hizmeti alırken aksaklıkları ortadan kaldırması bir gerekliliktir. Sağlık hizmet sunarken hastaların zamana karşı yarıştığı unutulmamalıdır. Özellikle acil servislerde bu hususlara dikkat edilmesi hem çalışanlar hem de hasta açısından büyük önem taşımaktadır. Teknolojik altyapının yanı sıra hizmet kalitesinin de bireyleri etkilediği en önemli nedenler arasında sayılabilir. Sağlık kuruluşunda alan eğitiminin yanı sıra hizmet içi eğitim sosyal kültürel eğitimlerinde verilmesi ve denetlenmesi bireylerin hastaneden memnuniyetini artıran nedenlerden biridir.

Sonuç olarak her ne sebep olursa olsun en temel hakların başında kaliteli bir sağlık hizmeti almak almaktır. Sosyal kültürel anlamda bireyler arasında etkileşimde üs düzey olduğu için sağlık kuruluşları hakkında toplumda paylaşım üst düzeyde olmaktadır. Özel hastaneler için bu etkileşimin büyük önemi olsa da devlet hastaneleri içinde performans dayalı çalışma sistemi getirildiği için önemli olduğu söylenebilir. Bilimsel anlamda bireysel nedenler üzerine birçok araştırma yapıldığı görülmüş olup yapılan araştırmalar hastaların en çok sosyal kültürel etkileşim neticesinde sağlık kuruluşlarını tercih ettiği görülmüştür.

4.5.2. Ekonomik Nedenler

Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti alan hastalar birçok ihtiyaçlarını erteleseler de sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını ertelemedikleri görülmektedir, bundan dolayı sağlık hizmeti alırken hastalığın hayati bir önemi var ise ekonomik anlamda tercihlerini etkilemediği söylenebilir. Hastalığın hayati bir önemi yok ise ekonomik durum hastaların tercihinin etkilediği ve bundan dolayı ekonomik anlamda tercih sebebi olduğu söylenebilir. Hastalar hastaneye ödedikleri ücretin tam karşılığını alma isterler. Sağlık sektörü birçok değişken üzerine ekonomik anlamda hizmet vermeye çalıştığı için hastalardan aldığı ücret ve devletten aldığı ücretleri doğru ve planlı yönetmek zorundadır, sağlık kuruluşu yöneticilerinin bilimsel tekniklerden faydalanması ekonomi yönetimini doğru yapmasını sağlamaktadır. Hastanelerde girdi ve çıktı değişkenleri çok fazla olduğu için kontrolünün zor olduğu görülmektedir. Özellikle hastaneye alınan sağlık malzemelerinin son kullanma tarihleri dikkate alınarak ve stokta kalma ömürleri yani stok devir hızlarının ölçümünün yapılarak planlanması hayati önem taşımaktadır. Alınan sağlık malzemeleri çok fazla atıl oluyorsa ve çöpe atılmak zorunda kalınıyorsa sağlık kuruluşunun hastalara hizmet sunmasını etkilediği aşikârdır, bundan dolayı sağlık kuruluşunun zarar etmesi kaçınılmazdır. Bu sebeplerden dolayı sağlık kuruluşlarının hastalardan alına ücretleri, devletten alınan sağlık ödemelerinin yanı sıra hastanede kullanılmak için alınan sağlık malzemelerinin de planlı, zamanında ve kaliteli olmasına dikkat etmesi hasta memnuniyetini Etkileyen önemli nedenlerden biri haline getirmektedir.

Sonuç olarak ekonomik nedenler hastaların tercihini etkilediği varsayılsa bile hastanelerin ekonomik anlamda planlı yapılanmaması da ekonomik tercih nedeni olduğu görülmektedir.

4.5.3. Pazarlama Nedenleri

Dünya sağlık hizmetleri pazarlama stratejileri üzerine kurulmuş bir yapıya dönmüştür. Aynı zamanda ülkemizde de sağlık alanında pazarlama yöntemleri her geçen gün gelişmekte ve önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir. Sağlık kuruluşlarının amacı hem kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak hem de sunulan bu sağlık hizmetlerini pazarlamak zorundadır. Sağlık hizmeti pazarlamasında, Amerikan Pazarlama Birliği (AMA)'nin yaptığı tanıma göre pazarlama“ kişisel ve örgütsel amaçlara ulaşmayı sağlayacak mübadeleleri gerçekleştirmek üzere, fikirlerin, malların ve hizmetlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtılmasına ilişkin planlama ve uygulama sürecidir” tanımını yapmıştır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere sunulan hizmetin alıcılara tanıtılması planlı bir süreçten geçtiği görülmektedir. Sağlık hizmeti alıcılarını etkileyen bir başka nedenin pazarlama nedenleri olduğu söylenebilir.

Ülke ekonomisini de büyük ölçüde etkilediği görülmektedir. Sağlık turizminin gelişebilmesi için sağlık alanında ülke çapında sağlık pazarlama stratejilerinin önemli bir rolü vardır. Pazarlama kontrolsüz ve plansız yapıldığı durumlarda sağlık kuruluşunun ekonomik anlamda etkilenmesine ve hatta devamlılığını yitirmesine sebep olmaktadır, bundan dolayı pazarlama yöntemlerini kullanırken sağlık kuruluşunun vermiş olduğu hizmetleri ve ölçeğini doğru belirlemesi ve planlamasına bağlıdır.

Günümüzde sosyal medya pazarlama anlamında önemli bir paya sahip olduğu yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur. Sosyal medyanın hastaların tercihine etkisinin araştırıldığı ve bu araştırmalar neticesinde pazarlama stratejileri belirlediği görülmektedir. Sosyal medya araçlarından en çok kullanılan ‘facebook’, Twitter’ gibi sosyal medya araçlarının kullanıldığı yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur. Hastaların tercihinde pazarlama nedenleri de önemli bir rolünün olduğu söylenebilir.

4.5.4. Klinik Etkinlik Nedenleri

Klinik etkinlik hastaların almış oldukları sağlık hizmetlerini kapsamaktadır, bunlar hemşirenin uyguladığı sağlık hizmeti, laborantın uyguladığı sağlık hizmeti, doktorun uyguladığı sağlık hizmeti olarak sıralanabilir. Hasta gitmiş olduğu sağlık kuruluşundan hizmeti alırken hizmeti aldığı kişi veya kişiler tarafından nasıl karşılanıyor, hastalık sürecini nasıl takip ediyor ve tedavi sürecinde hastanın neler yapması konusunda nasıl yönlendiriyor, bu sorulara cevap arar. Klinik etki nedenleri hastaların en çok önem verdiği süreçtir, çünkü hasta birçok aşamadan geçmiş ve tercihini bu sağlık kuruluşundan yana kullanmış demek oluyor. Hasta sadakatini bu süreçte verilen hizmetin kalitesi ya sağlar ya da bitir. Bu süreçte hastanın aradığı cevaplar için verilecek soruların cevaplarını doktor, hemşire ve laboratuvar hizmetlerin tamamı verir, bir birini etkileyen unsurlardır. Örneğin doktorun tedavi etmesi için laboratuvar tetkikleri istemesi ve istenen tetkikin zamanında sonuçlanmaması hem doktorun hastaya müdahalesini hem de hastanın bekleme süresini geciktirmektedir. Bundan dolayı sağlık kuruluşunun teknolojik altyapısının ve teknik hizmetler çalışanlarının yeterliliğini doğru planlaması ve gerekli tedbirleri alması büyük önem taşımaktadır. Aynı şekilde hemşire hizmetleri de doktorun müdahalesini zamanında yapmasını sağlayan işlemlerden birdir. Sağlık kuruluşunda yeterli sayıda hemşire bulunmaması durumunda hastaya hizmette gecikmeler veya hasta yoğunluğundan dolayı hastalara kötü davranışlar olabilmektedir.

Sağlık kuruluşunun çevresel faktörleri göz önünde bulundurarak doktor, hemşire laborant gibi klinik uygulamaların ilgililerinin tespitini ve eğitimini planlı ve zamanında yapması hastaların tercih sebeplerini etkilemektedir. Klinik etkilerin olumsuz olmasının sebebi sadece sağlık kuruluşlarının plansız olmasından kaynaklanmamaktadır. Yeterli sayıda sağlık çalışanlarının eğitilip gerekli planlamayı yapması gereken eğitim kurumlarına da vazife düşmektedir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının almış oldukları ücret de öğrencilerin sağlık alanına yönelmesini etkileyen önemli unsurlardan biridir.

4.6. Hasta Memnuniyetini Artıran ve Azaltan Faktörler

4.6.1. Artıran Faktörler

Hatalar almış oldukları sağlık hizmetlerini almadan, sağlık hizmetini alırken ve sağlık hizmeti aldıktan sonra birçok aşamadaki etkisini değerlendirir ve bu değerlendirme sonucunda memnuniyetini belirler. Almış oldukları sağlık hizmetlerinin memnuniyetini artıran birçok faktör bulunmaktadır. Hasta memnuniyetini belirlerken tedavi aldığı andaki hassasiyeti, o anlık durumu değişkenlik gösterse de genel olarak memnuniyeti artıran faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Öztürk, 2016:39).

- Hastanın karar verme sürecine katılımı,
- Hastanın, tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi,
- Aile fertlerinin desteğinin sağlanması,
- Hasta ve profesyoneller arasındaki iletişim,
- Emosyonel destek,
- Fiziki ihtiyaçlara zamanında cevap verme (banyo gibi),
- Çabuk ve uygun şekilde ağrıyı dindirme,
- Yeterli finansal bilgi ve tavsiyeler,
- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde ameliyat hakkında açıklamalar,
- Çıkış için ve çıkış sonrası için bakıma hazırlama,
- Hastalara ve ailesine prosedürü ve tedavi yöntemini açıklamak için zaman istemek,
- Hasta ve yakınlarının sorularına cevap vermek,
- Hastalara dikkatli olarak takip edildiklerini bildirmek,
- Hastaya mümkün olduğunca görülebilir olmak,
- Acil serviste eşlik eden ilgiyi göstermek,

4.6.2. Azaltan Faktörler

Hasta memnuniyeti arttıran faktörler gibi hasta memnuniyetini azaltan da pek çok faktör bulunmaktadır. Bir sağlık kuruluşunun hastaların memnuniyetini azaltan bu faktörleri inceleyerek mümkün olduğunca azaltmaya çalışması gerekmektedir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Öztürk,2016:40).

- Sağlık bakım kalitesinin düşük olması,
- Kaba davranan personel,
- Temizlik, düzen ve konforun olmayışı,
- Doktorun hastaya yeterince zaman ayırmaması,
- Doktorun hastayı dinlememesi veya öyle görünmesi
- Doktor-hasta ilişkisinin dostça olmayışı,
- Ödeme planlarındaki uygunsuzluk (fiyat),
- Hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi,
- Gizliliğe önem verilmemesi,
- İlgili personel tarafından bilgi verilmemesi,
- Yemeklerin kalitesizliği,
- Hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması,
- Doktorlara ve diğer personele ulaşma zorluğu,
- Doktorun hastaya hastalığı hakkında bilgi vermemesi.

Hasta memnuniyetini artıran ve azaltan faktörlere bakıldığında genel olarak hasta odaklı yaklaşım ile hasta memnuniyetinin artırılacağı görülmekte. Hasta odaklı yaklaşım sergilemeyen sağlık kuruluşları ise hasta memnuniyetinin azalacağı görülmektedir.

4.7. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü ve Ölçülmesinin Önemi

Sağlık kuruluşları ülke ekonomisini etkileyen en önemli işletmeler arasında gösterilebilir. İşletmeler devamlılığını sürdürebilmeleri ve karlılığını koruyabilmeleri gerekmektedir. Hangi kuruluş olursa olsun küçük işletme ya da büyük işletme yarının hesabını yapmak ve buna göre üretimini yapmak zorundadır. Planlama

yapmayan işletmeler büyük ise küçülmeye, küçük ise batmaya mahkûmdurlar. Doğru planlamada bilimsel yaklaşımları ön plana çıkarmak ve profesyonel yöneticileri işin başına getirmek ile mümkün görünmektedir. Özellikle hizmet satan işletmeler bu duruma daha fazla dikkat etmeleri gerekmektedir, hizmet üretiminde birçok unsur devreye girmektedir. Bu unsurların başında hizmeti sunan çalışanlardır, çalışanların kaliteli hizmet sunabilmesi için alanları ile ilgili değişen güncel bilgileri almasının sağlanması ve ücret yeterliliğinin sağlanması en önemli zorunlukların başındadır. Sağlık kuruluşları da bu anlamda en büyük hizmet üretimi yapan işletmelerin başında geldiği söylenebilir. Sağlık kuruluşları büyük kompleks yapılardır ve hizmet sunan çalışanların çok fazla olması hizmetin kalitesini ölçmede zorluklar getirmektedir. İşletmeler kendini kontrol edebilmek için alan araştırması yapmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşundan, hastaların memnun olup olmadıklarını tespit etmek için yani ölçmek için hangi parametrelere hangi sonuçlara bakması gerektiğinden çeşitli araştırmalar yapılmış ve yapılan araştırmalar ile ölçüm araçları geliştirilmiştir. Sağlık kuruluşu yöneticileri bazı parametreleri inceleyerek yorum yapabilmekte, örneğin bir yılda kaç hasta geldi, bir yılda hangi polikliniğe kaç hasta geldi, geçen yılla bu yıl arasındaki fark arttı mı azaldı mı, bakılabilir. Bu parametrelere bakarak sadece farklılık incelebilmektedir ama bu farklılık neden oluştu, bu farklılık nedenlerinin tespiti birkaç parametreye bakarak mümkün değildir. Bu farklılıkları tespit etmek için sağlık kuruluşları çalışanları, hastalar, yöneticiler üzerine araştırma yapmak için ölçekler geliştirilmiştir. Doğru karar alabilmek ve planlı bir yönetim ortaya koyabilmek için Geliştirilen ölçekler vasıtası ile sağlık kuruluşları bu ölçekleri kullanmışlardır. Doğru ölçeği kullanmak hastalara verilecek hizmet kalitesini artıracığından hasta memnuniyeti ölçmenin önemi ortaya çıkmıştır.

Türkiye’ de yeni ortaya çıkan Şehir Hastaneleri kurumlarında aynı ihtiyacın ortaya çıktığı görülmektedir. Yaptığımız bu araştırmada şehir hastanelerinde hasta memnuniyetini araştırmak için ölçek geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek vasıtası ile Şehir Hastanelerinden hizmet alan hastalara uygulanacak bu ölçek yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu araştırmada, şehir hastanelerinde tedavi hizmeti alan hastaların memnuniyetlerinin ölçülmesinde kullanılmak üzere “şehir hastanelerinden hasta memnuniyeti” ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesinde yapısal eşitlik modeli yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca Geliştirilen ölçek kullanılarak, hastaların demografik verilerine göre şehir hastanelerinden memnuniyetleri belirlenmiştir.

5.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Türkiye’de faaliyet gösteren şehir hastanelerinden Yozgat şehir hastanesi ve Isparta şehir hastanelerine giden hastalardan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini Yozgat şehir hastanesi ve Isparta şehir hastanelerine 16.10.2017 ve 20.12.2017 tarihleri arasında hastaneye gelen ve anketi kabul eden hastalardan 422 hastadan oluşmaktadır. Bu anketlerin 206’sı Yozgat’taki hastalara, 216’sı ise Isparta’daki hastalara uygulanmıştır.

5.2. Taslak Ölçeğin Hazırlanması

Taslak ölçek hazırlanırken öncelikle memnuniyet üzerine yapılmış literatürdeki çalışmalarda veri toplama aracı olarak kullanılan anketler taranarak bu anketlerden madde havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan bu madde havuzu alanında uzman kişiler tarafından kapsam ve şekil yönünden incelenerek uzmanların görüşü doğrultusunda madde havuzundan soru çıkarma ve ekleme işlemi yapılmıştır. Mevcut maddeler üzerinde değişiklikler yapılarak taslak ölçek hazırlanmıştır.

5.3. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde, açıklayıcı faktör analizi uygulanarak faktörler oluşturulmuş ve oluşturulan bu faktörler, doğrulayıcı faktör analizi ile teyit edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin yapı geçerliği de sağlanmıştır. İç tutarlılığı belirlemeye yönelik Cronbach Alpha Analizi yapılmıştır. Geliştirilen ölçek kullanılarak, hastaların demografik verilerine göre şehir hastanelerinden memnuniyetleri belirlenmiştir. Demografik verilerine göre şehir hastanelerinden memnuniyetin belirlenmesinde bağımsız iki grup için t test, ikiden fazla grup için F testi kullanılmıştır. İki den fazla gruplu karşılaştırmalar için ANOVA

kullanırken, hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik varsayımını sağlayanlarda Tukey, homojenlik varsayımını sağlamayanlarda Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Analizler %5 önemlilik düzeyine göre değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 25.0 istatistik paket program ve SPSS ile uyumlu AMOS 23 programı kullanılmıştır.



ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR YORUMLAR

6.1. Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan hastalara ait demografik bilgiler aşağıdaki Tablo1, Tablo 2, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6 ve Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 1 Verilerin Hastanenin Bulunduğu Şehre Göre Dağılımları

Şehir Hastanesi	Frekans	Yüzde
Isparta	216	51,2
Yozgat	206	48,8
Toplam	422	100,0

Tablo 4,1’e bakıldığında ankete Isparta ilinde katılan hasta sayısı 216 kişi olup bu sayı katılımcıların %51,2’sini ve ankete Yozgat ilinde katılan hastaların sayısı 206 kişi olup bu sayı katılımcıların %48,8’ini oluşturmaktadır.

Tablo 2 Verilerin Cinsiyete Göre Dağılımları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Erkek	261	61,8
Bayan	161	38,2
Toplam	422	100,0

Tablo 2’ye bakıldığında ankete katılan erkek sayısı 261 kişi olup bu sayı katılımcıların %61,8’ini ve ankete katılan kadın sayısı 161 kişi olup bu sayı katılımcıların %38,2’sini oluşturmaktadır.

Tablo 3 Ankete Katılanların Yaşlara Göre Dağılımları

Yaş	Frekans	Yüzde
18-30	104	24,6
31-40	65	15,4
41-50	68	16,1
51-64	117	27,7
65+	68	16,1
Toplam	422	100,0

Tablo 4'e bakıldığında ankete katılan sayısı 422 kişi olup bu sayı katılımcıların %24,6'sının 18-30 yaş aralığının da, %15,4'ünün 31-40 yaş aralığının da, %16,1'inin 41-50 aralığının da , %27,7'sinin 51-64 yaş aralığının da ve % 16,1'inin 65 ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4 Ankete Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
İlköğretim	251	59,5
Lise	83	19,7
Önlisans	23	5,5
Lisans	58	13,7
Lisansüstü	7	1,7
Toplam	422	100,0

Tablo 4'e bakıldığında ankete katılan sayısı 422 kişi olup bu sayı katılımcıların %59,5'inin İlköğretim , %19,7'sinin Lise, %5,5'inin Önlisans, %13,7'sinin Lisans ve % 1,7'sinin Lisans Üstü eğitime sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 5 İş Durumu Türüne Göre Dağılımı

İş Durumu	Frekans	Yüzde
Çalışıyor	88	20,9
Çalışmıyor	254	60,2
Emekli	80	19,0
Toplam	422	100,0

Tablo 5'e bakıldığında ankete katılan sayısı 422 kişi olup bu sayı katılımcıların %20,9'unun çalışıyor, %60,2'sinin çalışmıyor, %19'unun emekli olduğu görülmektedir.

Tablo 6 Mesleğine Göre Dağılımı

Meslek Durumu	Frekans	Yüzde
Devlet Memuru	56	34,1
İşçi	48	29,3
Özel Sektör	51	31,1
Serbest Meslek	9	5,5
Toplam	164	100,0

Tablo 6 ya bakıldığında ankete katılan sayısı 422 kişi olup, meslek sahibi sayısı 164 kişi bu sayı katılımcıların %38,9'unu ve ankete katılan herhangi bir meslek sahibi olmayan 258 kişi bu sayı katılımcıların %61,1'ini oluşturmaktadır. Ankete katılan meslek sahibi katılımcıların %34,1'i devlet memuru, %29,3'ü işçi, %31,1'i özel sektör, %5,5'inin ise serbest meslek olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Tedavi Olunan Kliniğe Göre Dağılım

Tedavi Olunan Dâhili veya Cerrahi Klinik	Frekans	Yüzde
Dâhili Tıp	281	66,6
Cerrahi Tıp	141	33,4
Toplam	422	100,0

Tablo 7'ye bakıldığında ankete katılan sayısı 422 kişi olup bu sayı katılımcıların %66,6'sının dâhili tıp ve %33,4'ünün cerrahi tıp olduğu görülmektedir.

6.2. Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları

Ölçeğin yapı geçerliğini ortaya koyabilmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Tablo 8: Verilerin Faktör Analizine Uygunluğunun İncelenmesi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0.935	
Bartlett Testi	Ki-Kare Değeri	9695,393
	S.d	496
	P	0.000

KMO katsayısı 0,935 olduğundan araştırmadaki örnek büyüklüğü yeterlidir. Bartlett Testi (Bartlett Test of Sphericity) sonucunda önem düzeyi (olasılık $p(\text{sign.}) = 0,000 < 0,05$ olduğundan, veriler çoklu normal dağılım varsayımını sağlamakta (Akgül-Çevik, 2003:428, Hair vd.1998:374) ve faktör analizinin yapılabilirliğini teyit etmektedir.

Eşkökenlilik, bir değişkenin diğer değişkenlerle paylaştığı varyans değeridir ve her değişken için 1 veya 1'e yakın değerler alması istenir (akt: Nakip 2013:430, Churchill 1999). Aşağıda Tablo 9'da eşkökenlilik (communality) değerleri verilmiştir.

Tablo 9 Ölçek Maddelerine İlişkin Eşkökenlilik (Commuality) Değerleri

Sorular	Eşkökenlilik Değeri	Sorular	Eşkökenlilik Değeri
S2	,626	S30	,623
S3	,686	S31	,615
S4	,718	S34	,576
S6	,634	S35	,610
S8	,382	S36	,662
S9	,524	S37	,818
S10	,446	S38	,716
S14	,460	S39	,615
S15	,521	S41	,599
S17	,466	S45	,773
S22	,412	S46	,759
S24	,744	S47	,785
S25	,620	S48	,796
S26	,810	S50	,681
S27	,795	S54	,667
S28	,776	S55	,661

Ölçekte kalan 32 maddenin açıklayıcı faktör analizine tabi tutulması sonucunda beş faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda oluşan faktörler ve bunlara ilişkin bulgular Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10 Ölçeğin Toplam Açıklanan Varyansı

Ölçek Alt Boyutu	Maddeler	Fak. Yük Değeri	Özdeğer	Varyans (%)	Kümülatif Varyans (%)
Doktoraların Tedavi Sunumları	S41	,720	13,290	41,531	41,531
	S45	,809			
	S46	,766			
	S47	,827			
	S48	,843			
	S50	,771			
	S54	,687			
	S55	,640			
Hastane Fiziki Koşulları	S17	,617	2,676	8,363	49,895
	S22	,558			
	S24	,776			
	S25	,724			
	S26	,802			
	S27	,824			
	S28	,810			
	S30	,656			
S31	,646				
Hastanede Yönlendirme	S34	,481	2,121	6,629	56,524
	S35	,552			
	S36	,662			
	S37	,825			
	S38	,707			
	S39	,626			
Hastane Personellerin Davranışları	S2	,707	1,338	4,182	60,705
	S3	,768			
	S4	,756			
	S6	,674			
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	S8	,516	1,148	3,588	64,293
	S9	,555			
	S10	,504			
	S14	,636			
	S15	,640			

Tablo 10'da ölçeğe ait açıklayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, öz değeri 1'den büyük olan 5 faktörün olduğu görülmektedir. Birinci faktörün açıkladığı varyans 41,531, ikinci faktörün açıkladığı varyans 8,363, üçüncü faktörün açıkladığı varyans 6,629, dördüncü faktörün açıkladığı varyans ise 4,182 ve beşinci faktör 3,588'dir. Açıklanan toplam varyans ise %64,293'tür. Açıklanan toplam varyans %60'ı geçtiği için yeterlidir.



Tablo 11 Ölçeğin Faktör Yapısına İlişkin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

Maddeler	Bileşen				
	1	2	3	4	5
S41	,720				
S45	,809				
S46	,766				
S47	,827				
S48	,843				
S50	,771				
S54	,687				
S55	,640				
S17		,617			
S22		,558			
S24		,776			
S25		,724			
S26		,802			
S27		,824			
S28		,810			
S30		,656			
S31		,646			
S34			,481		
S35			,552		
S36			,662		
S37			,825		
S38			,707		
S39			,626		
S2				,707	
S3				,768	
S4				,756	
S6				,674	
S8					,516
S9					,555
S10					,504
S14					,636
S15					,640

Doğrulayıcı faktör analizinin uygulanabilmesi için her bir gizli değişkeni ölçen en az üç değişken bulunması gerekir. Bu sebeple herhangi bir faktör altında en

az üç değişken olmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca iki veya daha fazla faktörde binişik olan veya eşkökenlilik (communality) değeri düşük olan maddeler ölçekten çıkarılmış ve 32 maddelik bir ölçek elde edilmiştir.

Elde edilen analiz sonuçları, ölçeğin yapı geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir.

6.3. Faktörlerin Adlandırılması

Açıklayıcı faktör analizinin yapılmasının temel nedeni, çok sayıdaki değişkenin daha az sayıdaki faktörlere indirgemek olduğundan ortaya çıkan bu faktörlerin adlandırılması gerekmektedir. Bu adlandırma işlemi faktörde yer alan değişkenlerin ortak özelliğine göre yapılmaktadır (Nakip 2013: 435).

Aşağıda açıklayıcı faktör analizinden elde edilen 5 faktöre ait maddeler ve bu maddelere uygun adlandırılmalar verilmiştir.

Tablo 12 Faktörlerin Adlandırılması

Madde No	FAKTÖRLER
Birinci Faktör: Doktorların Tedavi Sunumu	
S41	Doktorun yaptığı işlemler hakkında bilgilendirmesinden memnuniyetiniz.
S45	Doktorunuzun sizin anlayacağımız şekilde bilgilendirmesinden memnuniyetiniz.
S46	Hastalığımız ıla ilgili doktorların teşhis ve tedavisinden memnuniyetiniz.
S47	Muayene olduğunuz doktordan gerekli ilgiyi ve özeni görmedeki memnuniyetiniz.
S48	Muayene olduğunuz doktorun size verdiği değerden memnuniyetiniz.
S50	Şikâyetlerinizin nedeni hakkında doktorun verdiği bilgilerden memnuniyetiniz.
S54	Doktorun tedaviyi nasıl uygulayacağımız (ilaç kullanımı, diyetler, egzersizler vb.) hakkında sizi yeterince bilgi vermesindeki memnuniyetiniz.

Madde No	FAKTÖRLER
S55	Size uygulanan tedavinin nasıl bir fayda sağlayacağı hakkında bilgi verilmesindeki memnuniyetiniz.
İkinci Faktör: Hastane Fiziki Koşulları	
S17	Hastanede hizmet aldığınız birimlerin fiziki (havalandırma, ısı, ışık, çağrı sistemi vb.) yapısından memnuniyetiniz.
S22	Hastane içerisindeki yönlendirme levhalarından memnuniyetiniz.
S24	Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünümünden memnuniyetiniz.
S25	Hastanedeki lavaboların temizliğinden memnuniyetiniz.
S26	Polikliniklerin temizliğinden memnuniyetiniz.
S27	Bekleme alanlarının temizliğinden memnuniyetiniz.
S28	Muayene odalarının temizliğinden memnuniyetiniz.
S30	Hastanede kullanılan malzemelerin kalitesinden memnuniyetiniz.
S31	Malzemelerin kullanımı sırasında hijyene dikkat edilmesinden memnuniyetiniz.
Üçüncü Faktör: Hastanede Yönlendirme	
S34	Hastanede bir sorunla karşılaştığınızda muhatap bulabilmenizden memnuniyetiniz.
S35	Hastanede bekleyeceğiniz süre ve nedeni hakkında bilgilendirilmekten memnuniyetiniz.
S36	Hastanede yapılacak işlemler hakkında yeterince bilgi almadaki memnuniyetiniz.
S37	Hastane yöneticilerinin sorunlarınızla ilgilenmesinden memnuniyetiniz.

Madde No	FAKTÖRLER
S38	Hastane yöneticilerinin hasta memnuniyetini önemsemesinden memnuniyetiniz.
S39	Hastanede hasta hakları birimine kolay ulaşılabilirliğinden memnuniyetiniz.
Dördüncü Faktör: Hastanedeki Personellerin Davranışları	
S2	Hasta kayıt bölümündeki personelden memnuniyetiniz.
S3	Hastanedeki sekreterlerin size karşı yaklaşımından memnuniyetiniz.
S4	Hastanedeki sağlık teknisyenlerinin size karşı yaklaşımında memnuniyetiniz.
S6	Hastane personelinin uyum içerisinde çalışmalarından memnuniyetiniz.
Beşinci Faktör: Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	
S8	Randevu saati ile muayene saati arasında bekletilmekten memnuniyetiniz.
S9	Hastanede ilgili birimdeki personeli yerinde ve vaktinde bulmaktan memnuniyetiniz.
S10	Hastanede hasta hakları ve sorumlulukları hakkında verilen bilgiden memnuniyetiniz.
S14	Hastanenin park yeri imkânlarından memnuniyetiniz.
S15	Hastanenin kantin hizmetinden memnuniyetiniz.

6.5. Doğrulayıcı Faktör Analizinin Bulguları

Açıklayıcı faktör analizi ile 5 faktörden oluşmak üzere belirlenen yapının uyum iyiliğini ve yapı geçerliğini incelemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi işlemi uygulanmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Model ile veri arasındaki uyumu test ederken, uyum iyiliği testlerinden birkaçı kullanılabilirdiği gibi, hepsinin de kullanılması tercih edilebilir (**Schumacker 2006: 120**). Bu uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair literatürde tam bir uzlaşma bulunmamaktadır (İlhan ve Çetin, 2014,30-31).

Tablo 13 Doğrulayıcı Faktör Analizinde kullanılan Uyum İndeksleri

Model Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Bulunan değer
CMIN/SD	$\chi^2 / sd \leq 3$	$\chi^2 / sd \leq 5$	2,875
Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri			
TLI (NNFI)	$0,95 \leq NNFI$	$0,90 \leq NNFI$,900
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$,912
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$,911
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$,067
Artık Temelli Uyum İndeksleri			
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$,051
Mutlak Uyum İndeksleri			
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$,843
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$,812

Tablo13’de görüldüğü üzere $\chi^2/df = 2,875 < 3$, $0,912 < IFI = 0,913$, $0,900 < TLI = 0,901$, $0,911 < CFI = 0,912$, $RMSEA = 0,067 < 0,08$, $RMR = 0,051 < 0,08$ uyum değerlerine göre model, verilere mükemmel uyum göstermektedir. Dolayısıyla, açıklayıcı faktör analizi ile ortaya konulan 5 faktörlü yapının geçerliği, doğrulayıcı faktör analizi ile de teyit edilmiştir. Yani bulunan ölçek Şehir Hastanesine giden hastaların memnuniyet tutumunu ölçmek için kullanılabilir.

6.6. Modelin Regresyon ağırlıkları

Aşağıdaki tabloda regresyon (regression weights) ağırlıkları verilmiştir. Regresyon değerleri, gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücünü,

yani faktör yüklenimlerini gösterir. Aşağıdaki her ikili ilişki için “p” değerleri 0,05’ten küçük olduğu için, faktör yüklenimleri önemlidir. Faktör yüklenimlerinin önemli çıkması maddelerin, faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir.

Tablo 14 Modele İlişkin Regresyon Ağırlıkları

	Estimate (tahmin)	S.E (Standart Hata)	C.R. (Kritik Oran)	P (sig.)
S55←F1	1,000			
S54←F1	,945	,034	27,909	***
S50←F1	,938	,058	16,141	***
S48←F1	1,083	,062	17,529	***
S46←F1	1,181	,065	18,153	***
S45←F1	1,064	,058	18,214	***
S41←F1	1,022	,067	15,166	***
S31←F2	1,000			
S30←F2	,981	,053	18,359	***
S28←F2	1,047	,061	17,079	***
S27←F2	1,050	,060	17,361	***
S26←F2	1,162	,066	17,480	***
S25←F2	1,088	,073	14,944	***
S24←F2	,927	,056	16,500	***
S22←F2	,833	,071	11,791	***
S17←F2	,860	,072	11,992	***
S39←F3	1,000			
S38←F3	1,026	,071	14,474	***
S37←F3	,994	,063	15,652	***
S36←F3	,932	,069	13,538	***
S35←F3	1,156	,082	14,034	***

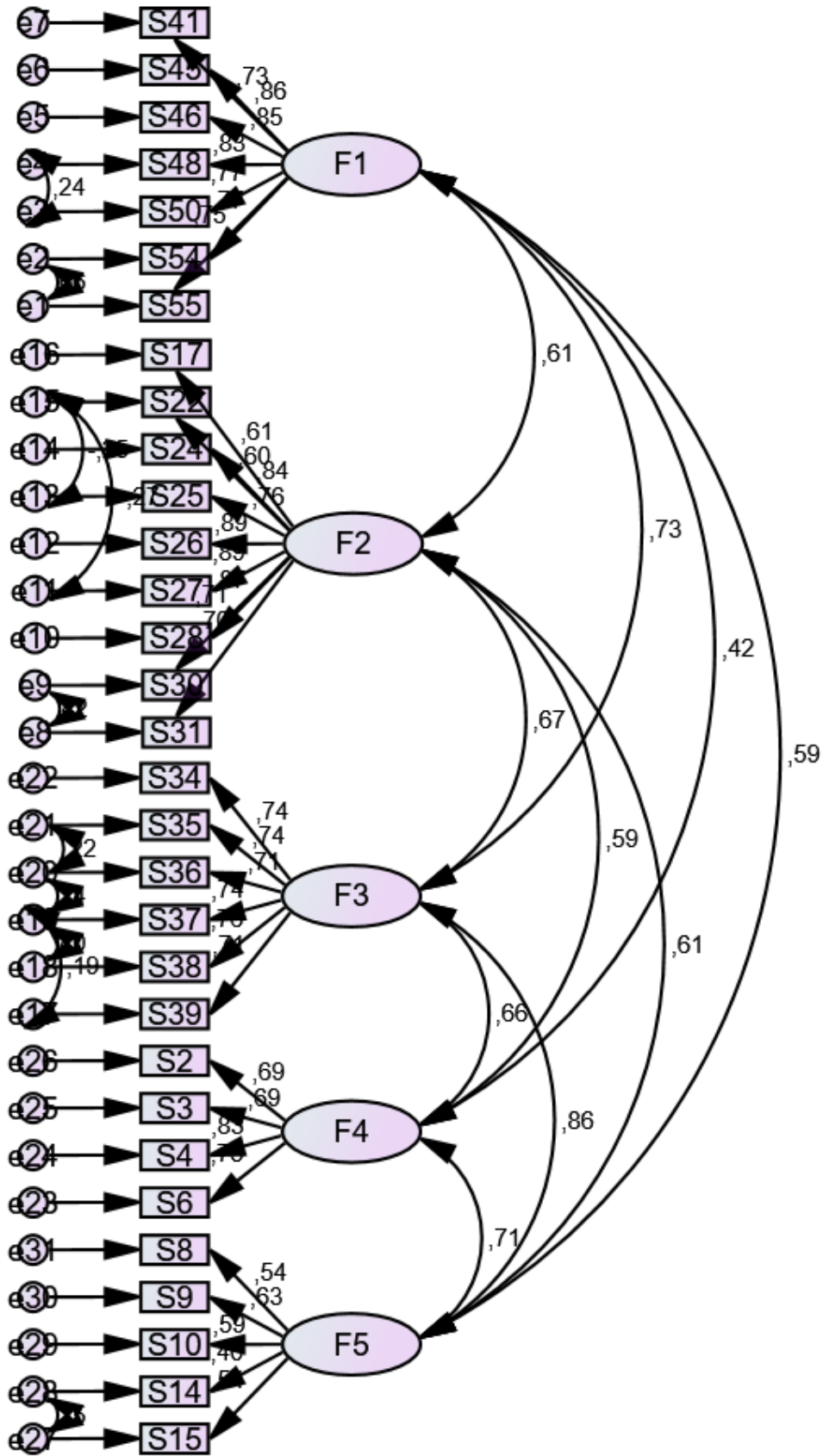
	Estimate (tahmin)	S.E (Standart Hata)	C.R. (Kritik Oran)	P (sig.)
S34←F3	1,073	,076	14,140	***
S6←F4	1,000			
S4←F4	1,001	,065	15,322	***
S3←F4	,939	,072	13,101	***
S2←F4	,875	,066	13,169	***
S15←F5	1,000			
S14←F5	,853	,112	7,622	***
S10←F5	1,068	,124	8,646	***
S9←F5	,946	,105	8,996	***
S8←F5	1,157	,141	8,215	***

Doğrulamalı faktör analizinde önemli bir durum da regresyon ağırlıklarının tahmin değerleridir. Aşağıdaki tabloda standardize edilmiş regresyon (standardized regression weights) katsayıları verilmiştir. Regresyon değerleri, gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücünü, yani faktör yüklenimlerini gösterir.

Tablo 15 Standart Regresyon Katsayıları

İlişki	Estimate	İlişki	Estimate	İlişki	Estimate
S55←F1	,752	S27←F2	,889	S35←F3	,736
S54←F1	,768	S26←F2	,894	S34←F3	,739
S50←F1	,772	S25←F2	,760	S6←F4	,730
S48←F1	,829	S24←F2	,841	S4←F4	,828
S46←F1	,853	S22←F2	,601	S3←F4	,691
S45←F1	,856	S17←F2	,605	S2←F4	,695
S41←F1	,727	S39←F3	,713	S15←F5	,536
S31←F2	,699	S38←F3	,757	S14←F5	,405
S30←F2	,711	S37←F3	,738	S10←F5	,590
S28←F2	,872	S36←F3	,710	S9←F5	,630
				S8←F5	,544

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen modelin AMOS diyagramı Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3 Modelin AMOS Diyagramı

6.7. Verilerin Normalliyi, Gvenilirliyi ve Geerliliyi

Bartlett Testi (Bartlett Test of Sphericity) sonucunda significance (olasılık) değerinin 0.01'den küçük çıkması, verilerin çoklu normal dağılım varsayımının sağlandığını göstermektedir (Akgül-evik, 2003:428, Hair vd.1998:374).

Verilerin yapısal geçerlilik analizi için öncelikle açıklayıcı (explanatory) faktör analiz yapılmış ve ayırt edici geçerlilik için de doğrulatory (confirmatory) faktör analizi yapılmıştır (Bollen, 1989).

Ayrıca iç tutarlılık analizi de yapılmıştır Likert tipi ölçek geliştirme çalışmalarında temel varsayımlardan birisi de ölçülmek istenen tutumun tümüyle ölçekteki her bir madde arasında monotonik bir ilişki olmasıdır. Başka bir deyişle her maddenin temelde aynı tutumu ölçmesi varsayımı mevcuttur (Tavşancıl, 2002:152). Bunun için, Likert tipi bir ölçek geliştirilirken güvenirlik düzeyini belirlemek için iç tutarlılık ölçütü olarak kabul edilen ve Cronbach tarafından Geliştirilen α katsayısının kullanılması uygundur. Cronbach α katsayısı 0 ila 1 arasında değer almaktadır ve ölçeğin α katsayısı ne derece yüksek ise yani 1'e yakın ise ölçekte yer alan maddelerin o derece birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini ölçmekte oldukları kabul edilmektedir. (Tezbaşaran, 1996:46).

Aşağıda Cronbach α değerlerine göre güvenirlik düzeyleri verilmiştir.

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ölçeğin gvenilirliyi düşüktür,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Ölçeğin iç tutarlılıyi hem faktörler olarak hem de ölçeğin bütünü olarak aşağıda Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: Ölçeğin İç Tutarlılık Katsayıları

Faktörler	Madde Numaraları	Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı (α)
Doktorların Tedavi Sunumu	41,45,46,47,48,50,54,55	,938
Hastane Fiziki Koşulları	17,22,24,25,26,27,28,30,31	,922
Hastanede Yönlendirme	34,35,36,37,38,39	,887
Hastanedeki Personellerin Davranışları	2,3,4,6	,822
Sağlık Dışı Hizmetlerden Mem.	8,9,10,14,15	,683
Toplam	32	,951

Tablo 16'daki verilere göre güvenilirlik düzeyleri bütün faktörlere ve bütün maddelere ve ölçeğin bütününe göre yüksek derecede güvenilirlerdir.

6.8. Demografik Verilere Göre Faktörlerin Analizi

Demografik verilerin alt kategorilerine göre faktörlere bakış açısında farklılık olup olmadığı incelenecektir.

6.8.1. Faktörlerin Cinsiyete Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile bulunan faktörlerin cinsiyete göre bakış açılarında farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için bağımsız gruplar t testi yapılmış ve sonucu Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Faktörlere ilişkin Cinsiyete Göre Bağımsız Gruplar için t Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	P
Doktorların Tedavi Sunumu	Erkek	261	4,07	,74166	3,322	0,001
	Bayan	161	3,80	,88305		
Hastane Fiziki Koşulları	Erkek	261	4,30	,55722	3,777	0,000
	Bayan	161	4,07	,69033		
Hastanede Yönlendirme	Erkek	261	3,82	,77206	3,881	0,000
	Bayan	161	3,46	1,02309		
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Erkek	261	4,18	,55742	4,459	0,000
	Bayan	161	3,90	,71435		
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Erkek	261	3,59	,72696	4,694	0,000
	Bayan	161	3,17	,96206		

Tablo 17'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumundan duyulan memnuniyet cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=3,322$; $p<0,05$). Bununla birlikte cinsiyet gruplarına ait ortalamalar dikkate alındığında erkeklerin memnuniyet ortalamasının (4,06) bayanların memnuniyet ortalamasından (3,80) yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda şehir hastanelerinde “*Doktorların Tedavi Sunumu*” için erkeklerin bayanlara göre daha fazla memnun oldukları söylenebilir. Diğer bir ifadeyle şehir hastanelerinde tedavi gören bayan hastalar doktorların tedavi sunumundan erkek hastalara göre daha az memnundurlar.

Tablo 17'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanedeki Fiziki Koşullara duyulan memnuniyet cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=3,777$; $p<0,05$). Bununla birlikte cinsiyet gruplarına ait ortalamalar dikkate alındığında erkeklerin memnuniyet ortalamasının (4,29) bayanların memnuniyet ortalamasından (4,06) yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda şehir hastanelerinde “*Hastane Fiziki Koşulları*” için erkeklerin bayanlara göre daha fazla memnun oldukları söylenebilir. Diğer bir ifadeyle şehir hastanelerinde tedavi gören bayan hastalar hastane fiziki koşullarından erkek hastalara göre daha az memnundurlar.

Tablo 17'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Yönlendirmeye duyulan memnuniyet cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=3,881$; $p<0,05$). Bununla birlikte cinsiyet gruplarına ait ortalamalar dikkate alındığında erkeklerin memnuniyet

ortalamasının (3,82) bayanların memnuniyet ortalamasından (3,46) yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda şehir hastanelerinde “*Hastanede Yönlendirme*” için erkeklerin bayanlara göre daha fazla memnun oldukları söylenebilir. Diğer bir ifadeyle şehir hastanelerinde tedavi gören bayan hastalar hastanedeki yönlendirmeden erkek hastalara göre daha az memnundurlar.

Tablo 17’deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Personelin Davranışlarına duyulan memnuniyet cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=4,459$; $p<0,05$). Bununla birlikte cinsiyet gruplarına ait ortalamalar dikkate alındığında erkeklerin memnuniyet ortalamasının (4,18) bayanların memnuniyet ortalamasından (3,90) yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda şehir hastanelerinde “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” için erkeklerin bayanlara göre daha fazla memnun oldukları söylenebilir. Diğer bir ifadeyle şehir hastanelerinde tedavi gören bayan hastalar hastanedeki personelin davranışlarında erkek hastalara göre daha az memnundurlar.

Tablo 17’deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Sağlık dışı hizmetlere duyulan memnuniyet cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=4,694$; $p<0,05$). Bununla birlikte cinsiyet gruplarına ait ortalamalar dikkate alındığında erkeklerin memnuniyet ortalamasının (3,58) bayanların memnuniyet ortalamasından (3,17) yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda şehir hastanelerinde “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” için erkeklerin bayanlara göre daha fazla memnun oldukları söylenebilir. Diğer bir ifadeyle şehir hastanelerinde tedavi gören bayan hastalar hastanedeki sağlık dışı hizmetlerden memnuniyeti erkek hastalara göre daha az yüksektir.

Genel olarak tüm faktörler için şehir hastanelerinden memnuniyetin cinsiyete göre bakıldığından erkeklerin memnuniyetinin bayanların memnuniyetinden daha fazla olduğu görülmektedir.

6.8.2. Faktörlerin Tedavi Olunan Şehir Hastanesine Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile bulunan faktörlerin tedavi olunan şehir hastanesine göre bakış açılarında farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için bağımsız gruplar t testi yapılmış ve sonucu Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Faktörlere ilişkin Şehir Hastanesine Göre Bağımsız Gruplar için t Testi Sonuçları

	Hastane	N	\bar{X}	Ss	t	P
Doktorların Tedavi Sunumu	Isparta	216	3,95	,81244	-,310	,902
	Yozgat	206	3,98	,80498		
Hastane Fiziki Koşulları	Isparta	216	4,12	,72359	-2,991	,114
	Yozgat	206	4,30	,47552		
Hastanede Yönlendirme	Isparta	216	3,59	,97975	-2,294	,022
	Yozgat	206	3,79	,78115		
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Isparta	216	4,00	,71284	-2,465	,439
	Yozgat	206	4,15	,53395		
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Isparta	216	3,43	,88198	-,075	,569
	Yozgat	206	3,43	,81239		

Tablo 18'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumundan duyulan memnuniyet Şehir Hastanesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=,310$; $p>0,05$).

Tablo 18'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastane Fiziki Koşullarına duyulan memnuniyet Şehir Hastanesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=-2,991$; $p>0,05$).

Tablo 18'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Yönlendirmeye duyulan memnuniyet Şehir Hastanesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=-2,294$; $p<0,05$). Bununla birlikte Şehir Hastaneleri gruplarına ait ortalamalar dikkate alındığında Yozgat şehir hastanesi memnuniyet ortalamasının (3,78) Isparta şehir hastanesi memnuniyet ortalamasından (3,58) yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda şehir hastanelerinde “*Hastanede Yönlendirme*” için Yozgat şehir hastanesinin Isparta şehir hastanesine göre daha fazla memnun oldukları söylenebilir. Diğer bir ifadeyle şehir hastanelerinde tedavi gören Isparta şehir hastanesindeki hastalar hastanedeki yönlendirmeden Yozgat şehir hastanesindeki hastalara göre daha az memnundurlar.

Tablo 18'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanedeki Personellerin Davranışlarına duyulan memnuniyet Şehir Hastanesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=-2,465$; $p>0,05$).

Tablo 18'deki t testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyete duyulan memnuniyet Şehir Hastanesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=-,075$; $p>0,05$).

Faktörlerin memnuniyet derecelerine bakıldığında şehir hastaneleri arasında memnuniyet farkının Hastanede yönlendirme faktörünün farklı olduğu görülmekte, farkın ise Yozgat şehir hastanesinin Isparta şehir hastanesine göre hastaların daha memnun oldukları tespit edilmiştir. Diğer faktörlerin arasında memnuniyet farkının olmadığı tespit edilmiştir.

6.8.3. Faktörlerin Tedavi Olunan Kliniğe Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile bulunan faktörlerin tedavi olunan kliniğe göre bakış açılarında farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için bağımsız gruplar t testi yapılmış ve sonucu Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19: Faktörlere ilişkin Kliniğe Göre Bağımsız Gruplar için t Testi Sonuçları

	Klinik	N	\bar{X}	Ss	t	P
Doktorların Tedavi Sunumu	Dâhili Tıp	281	3,93	,89192	-1,435	,054
	Cerrahi Tıp	141	4,05	,60195		
Hastane Fiziki Koşulları	Dâhili Tıp	281	4,19	,67272	-,918	,312
	Cerrahi Tıp	141	4,25	,50192		
Hastanede Yönlendirme	Dâhili Tıp	281	3,72	,91427	1,041	,783
	Cerrahi Tıp	141	3,62	,84817		
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Dâhili Tıp	281	4,07	,68009	-,050	,302
	Cerrahi Tıp	141	4,08	,53864		
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Dâhili Tıp	281	3,45	,88270	,658	,330
	Cerrahi Tıp	141	3,39	,77492		

Tablo 19'daki t testi bulgularına göre kliniklerde doktorların tedavi sunumundan duyulan memnuniyet Kliniklere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=-1,435$;

$p>0,05$).

Tablo 19'daki t testi bulgularına göre kliniklerde Hastane Fiziki Koşullarına duyulan memnuniyet kliniklere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=-,918$; $p>0,05$).

Tablo 19'daki t testi bulgularına göre kliniklerde Hastanede Yönlendirmeye duyulan memnuniyet kliniklere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=1,041$; $p>0,05$).

Tablo 19'daki t testi bulgularına göre kliniklerde Hastanedeki Personellerin Davranışlarına duyulan memnuniyet kliniklere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=-,050$; $p>0,05$).

Tablo 19'daki t testi bulgularına göre kliniklerde Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyete duyulan memnuniyet kliniklere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($t=,658$; $p>0,05$).

Genel olarak tüm faktörler için şehir hastanelerinden memnuniyetin kliniğe (Dâhili Tıp, Cerrahi Tıp) göre bakıldığından klinikler arasında memnuniyet farkının olmadığı tespit edilmiştir.

6.8.4. Faktörlerin Yaşa Göre Analizi

İkiden fazla parametrik ana kütle ortalamasının birbirinden farklı olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi kullanılır. Tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem gerektirmekte olup, bağımsız gruplarda eşit varyanslı iki ortalama arasındaki farkın t testinin genelleştirilmiş şeklidir (Akgül, Çevik 2003: 197). Faktörlerin yaşa göre değerlendirilmesini içeren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20 Faktörlerin yaş gruplarına göre tek yönlü varyans analizi

ANOVA						
		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Doktorların Tedavi Sunumu	Gruplar Arası	2,740	4	,685	1,050	,381
	Gruplar İçi	272,074	417	,652		
	Toplam	274,814	421			
Hastane Fiziki Koşulları	Gruplar Arası	1,528	4	,382	,991	,412
	Gruplar İçi	160,781	417	,386		
	Toplam	162,309	421			
Hastanede Yönlendirme	Gruplar Arası	8,703	4	2,176	2,775	,027
	Gruplar İçi	326,923	417	,784		
	Toplam	335,626	421			
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Gruplar Arası	1,501	4	,375	,928	,448
	Gruplar İçi	168,623	417	,404		
	Toplam	170,123	421			
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Gruplar Arası	11,942	4	2,986	4,284	,002
	Gruplar İçi	290,601	417	,697		
	Toplam	302,544	421			

Tablo 20'deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumu faktöründen duyulan memnuniyet hastaların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,050$; $p>0,05$). Bütün yaş grupları için memnuniyet derecesi 3,9656 (%79) bulunmuştur. Yani bütün yaş gruplarının “*Doktorların Tedavi Sunumundan*” memnuniyetleri %79 dur.

Tablo 20'deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastane Fiziki Koşulları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,991$; $p>0,05$). Bütün yaş grupları için memnuniyet derecesi 4,2114 (%84) bulunmuştur. Yani bütün yaş gruplarının “*Hastane Fiziki Koşullarından*” memnuniyetleri %84 dür.

Tablo 20'deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanede Yönlendirme faktöründen duyulan memnuniyet hastaların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=2,771$; $p<0,05$).

Tablo 20'deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanedeki Personelin Davranışları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,928$; $p>0,05$). Bütün yaş grupları için memnuniyet derecesi 4,0741(%81) bulunmuştur. Yani bütün yaş gruplarının “Hastanedeki Personelin Davranışları” memnuniyetleri %81'dir.

Tablo 20'deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Sağlık Dışı Memnuniyet faktöründen duyulan memnuniyet hastaların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=4,284$; $p<0,05$).

Tablo 20'nin bulguları doğrultusunda yaş gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen Hastanede Yönlendirme ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerindeki farklılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığı belirlemek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılacak çoklu karşılaştırma testinin belirlenmesinde yaş gruplarına ait varyansların homojen olup olmadığı dikkate alınmıştır. Varyansların homojenliğinin testinde Levene testi kullanılmıştır. Yapılan Levene testi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 21'deki gibidir.

Tablo 21 Faktörlerin Yaşa Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	p
Hastanede Yönlendirme	6,000	4	417	,000
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	3,176	4	417	,014

Tablo 21'deki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre Hastanede Yönlendirme ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerinin puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre söz konusu iki faktörde görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane T2 testi kullanılmıştır. Yapılan Tamhane T2 testi bulguları ve gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla Tablo 22 ve Tablo 23'deki gibidir.

Tablo 22 Yaş Gruplarına Göre Tamhane T2 Testi Sonuçları

Değişken	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Hastanede Yönlendirme	18-30	31-40	-,02308	1,000
		41-50	-,09823	,999
		51-64	-,16667	,901
		65 ve Üzeri	-,42666*	,011
	31-40	18-30	,02308	1,000
		41-50	-,07515	1,000
		51-64	-,14359	,979
		65 ve Üzeri	-,40358	,051
	41-50	18-30	,09823	,999
		31-40	,07515	1,000
		51-64	-,06844	1,000
		65 ve Üzeri	-,32843	,061
	51-64	18-30	,16667	,901
		31-40	,14359	,979
		41-50	,06844	1,000
		65 ve Üzeri	-,25999	,170
	65 ve Üzeri	18-30	,42666*	,011
		31-40	,40358	,051
		41-50	,32843	,061
		51-64	,25999	,170
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	18-30	31-40	-,03038	1,000
		41-50	-,16188	,922
		51-64	-,22799	,453
		65 ve Üzeri	-,49717*	,002
	31-40	18-30	,03038	1,000
		41-50	-,13149	,988
		51-64	-,19761	,751
		65 ve Üzeri	-,46679*	,010
	41-50	18-30	,16188	,922
		31-40	,13149	,988
		51-64	-,06611	1,000
		65 ve Üzeri	-,33529	,090
	51-64	18-30	,22799	,453
		31-40	,19761	,751
		41-50	,06611	1,000
		65 ve Üzeri	-,26918	,174
	65 ve Üzeri	18-30	,49717*	,002
		31-40	,46679*	,010
		41-50	,33529	,090
		51-64	,26918	,174

Tablo 23 Faktörlerin Yaşa Göre Ortalamaları

Faktörler	Yaş Grupları				
	18-30	31-40	41-50	51-64	65 ve Üzeri
Doktorların Tedavi Sunumu	3,91±0,96	4,04±0,64	4±0,7	3,88±0,91	4,09±0,53
Hastane Fiziki Koşulları	4,16±0,78	4,29±0,55	4,21±0,49	4,17±0,63	4,31±0,47
Hastanede Yönlendirme	3,55±1,06 _b	3,57±0,97 _{ab}	3,65±0,75 _{ab}	3,72±0,86 _{ab}	3,98±0,61 ^a
Hastanedeki Personellerin Davranışları	4±0,81	4,03±0,61	4,1±0,66	4,1±0,49	4,17±0,51
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	3,26±0,97 ^b	3,29±0,86 ^b	3,42±0,76 ^a	3,48±0,77 ^a	3,75±0,72 ^a

a,b herbir faktör özelliği içinde aynı harfi taşıyan ortalamalar istatistiksel olarak önemli düzeyde farklıdır. (p>0.05), Değerler (ort±SS).

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ile 31-40 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük (p=1,000 >0,05) olduğundan 18-30 ile 31-40 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 18-31 ile 31-40 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,56285 (%71) bulunmuştur. Yani 18-31 ile 31-40 yaş gruplarının “Hastanede Yönlendirmesinden” memnuniyetleri %71dir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ile 41-50 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük (p.=0,999>0,05) olduğundan 18-30 ile 41-50 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 18-31 ve 41-50 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,6004 (%72) bulunmuştur. Yani 18-31 ile 41-50 yaş gruplarının “Hastanede Yönlendirmesinden” memnuniyetleri %72dir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ile 51-64 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük (p=0,901>0,05) olduğundan 18-30 ile 51-65 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 18-31 ile 51-64 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,6346 (%73) bulunmuştur. Yani 18-31 ile 51-64 yaş gruplarının “Hastanede Yönlendirmesinden” memnuniyetleri %73dür.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ila 65 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,011<0,05$) olduğundan 18-30 ila 65 ve üzeri yaş grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 20 deki grup ortalamaları dikkate alındığında, 18-31 yaş grubunun memnuniyet düzeyinin 3,5113 (%71) 65 ve üzeri yaş gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,9779 (%79) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile 65 ve üzeri yaş grubundaki hastaların “*Hastanede Yönlendirme*” faktöründen memnuniyetlerinin 18-30 yaş gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 31-40 ila 41-50 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan 31-40 ila 41-50 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 31-40 ve 41-50 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,6119 (%72) bulunmuştur. Yani 31-40 ila 41-50 yaş guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinden*” memnuniyetleri %72 dir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 31-40 ila 51-64 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,979>0,05$) olduğundan 31-40 ila 51-64 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 31-40 ila 51-64 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,6461 (%73) bulunmuştur. Yani 31-40 ila 51-64 yaş guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinden*” memnuniyetleri %73dür.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 31-40 ila 65 ve Üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,051>0,05$) olduğundan 31-40 ila 65 ve Üzeri yaş grupları arasında farklılık yoktur. 31-40 ila 65 ve Üzeri yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,7761 (%75) bulunmuştur. Yani 31-40 ila 65 ve Üzeri yaş guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinden*” memnuniyetleri %75 dir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 41-50 ila 51-64 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan 41-50 ila 51-64 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 41-50 ila 51-64 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,6837 (%74) bulunmuştur. Yani 41-50 ila 51-64 yaş guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinden*” memnuniyetleri %74 dür.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,061>0,05$) olduğundan 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş grupları arasında farklılık yoktur. 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş gurubu için

memnuniyet derecesi 3,8137 (%76) bulunmuştur. Yani 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinden*” memnuniyetleri %76 dir.

Tablo 22’deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,170>0,05$) olduğundan 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş gurupları arasında farklılık yoktur. 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,8479 (%77) bulunmuştur. Yani 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinden*” memnuniyetleri %77 dir.

Tablo 22’deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ila 31-40 yaş guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan 18-30 ila 31-40 yaş gurupları arasında farklılık yoktur.18-31 ila 31-40 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,271 (%65) bulunmuştur. Yani 18-31 ila 31-40 yaş guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” % 65dir.

Tablo 22’deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ila 41-50 yaş guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,922>0,05$) olduğundan 18-30 ila 41-50 yaş gurupları arasında farklılık yoktur.18-31 ve 41-50 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,33697 (%67) bulunmuştur. Yani 18-31 ila 41-50 yaş guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” %67dir.

Tablo 22’deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ila 51-64 yaş guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,453>0,05$) olduğundan 18-30 ila 51-65 yaş gurupları arasında farklılık yoktur.18-31 ila 51-64 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,3698 (%67) bulunmuştur. Yani 18-31 ila 51-64 yaş guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” %67dir.

Tablo 22’deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 18-30 ila 65 ve üzeri yaş guruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,010<0,05$) olduğundan 18-30 ila 65 ve üzeri yaş gurupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 20 deki grup ortalamaları dikkate alındığında, 18-31 yaş grubunun memnuniyet düzeyinin 3,2558 (%65) 65 ve üzeri yaş gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,7529 (%75) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ila 65 ve üzeri yaş grubundaki hastaların “*Sağlık Dışı Hizmetlerden*” faktöründen memnuniyetlerinin 18-30 yaş gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 31-40 ila 41-50 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,988>0,05$) olduğundan 31-40 ila 41-50 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 31-40 ve 41-50 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,3519 (%67) bulunmuştur. Yani 31-40 ila 41-50 yaş guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” %67dir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 31-40 ila 51-64 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,751>0,05$) olduğundan 31-40 ila 51-64 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 31-40 ila 51-64 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,3850 (%68) bulunmuştur. Yani 31-40 ila 51-64 yaş guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” %68dir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 31-40 ila 65 ve üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,010<0,05$) olduğundan 31-40 ila 65 ve üzeri yaş grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 20 deki grup ortalamaları dikkate alındığında, 18-31 yaş grubunun memnuniyet düzeyinin 3,2862 (%66) 65 ve üzeri yaş gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,7529 (%75) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile 65 ve üzeri yaş grubundaki hastaların “*Sağlık Dışı Hizmetlerden*” faktöründen memnuniyetlerinin 31-40 yaş gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 41-50 ila 51-64 yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan 41-50 ila 51-64 yaş grupları arasında farklılık yoktur. 41-50 ila 51-64 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,4507 (%69) bulunmuştur. Yani 41-50 ila 51-64 yaş guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” memnuniyetleri %69dur.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,061>0,05$) olduğundan 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş grupları arasında farklılık yoktur. 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,5852 (%72) bulunmuştur. Yani 41-50 ila 65 ve Üzeri yaş guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” memnuniyetleri %72dir.

Tablo 22'deki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,174>0,05$) olduğundan 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş grupları arasında farklılık yoktur. 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş gurubu için

memnuniyet derecesi 3,6183 (%72) bulunmuştur. Yani 51-64 ila 65 ve Üzeri yaş guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinden*” memnuniyetleri %72dir.

6.8.5. Faktörlerin Eğitime Göre Analizi

İkiden fazla parametrik ana kütle ortalamasının birbirine eşit olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi kullanılır. Tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklemeler gerektirmekte olup, bağımsız gruplarda eşit varyanslı iki ortalama arasındaki farkın t testinin genelleştirilmiş şeklidir (Akgül, Çevik 2003: 197). Faktörlerin eğitime göre değerlendirilmesini içeren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 24 Faktörlerin Eğitime Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

ANOVA						
		Kareler Toplamı	s. d.	Kareler Ortalaması	F	P.
Doktorların Tedavi Sunumu	Gruplar Arası	4,348	4	1,087	1,676	155
	Gruplar İçi	270,466	417	,649		
	Toplam	274,814	421			
Hastane Fiziki Koşulları	Gruplar Arası	2,900	4	,725	1,896	110
	Gruplar İçi	159,409	417	,382		
	Toplam	162,309	421			
Hastanede Yönlendirme	Gruplar Arası	23,776	4	5,944	7,948	000
	Gruplar İçi	311,850	417	,748		
	Toplam	335,626	421			
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Gruplar Arası	6,538	4	1,635	4,167	003
	Gruplar İçi	163,585	417	,392		
	Toplam	170,123	421			
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Gruplar Arası	19,698	4	4,924	7,260	000
	Gruplar İçi	282,846	417	,678		
	Toplam	302,544	421			

Tablo 24’teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumu faktöründen duyulan memnuniyet hastaların eğitimleri göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (F=1,676; p>0,05). Bütün eğitim grupları için memnuniyet derecesi 3,9656 (%79) bulunmuştur. Yani bütün eğitim gruplarının “*Doktorların Tedavi Sunumundan*” memnuniyetleri %79 dur.

Tablo 24'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumu faktöründen duyulan memnuniyet hastaların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,896$; $p>0,05$). Bütün eğitim grupları için memnuniyet derecesi 4,2114 (%84) bulunmuştur. Yani bütün eğitim gruplarının “*Hastane Fiziki Koşullarından*” memnuniyetleri %84 dür.

Tablo 24'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanede Yönlendirme faktöründen duyulan memnuniyet hastaların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=1,896$; $p<0,05$).

Tablo 24'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanedeki Personellerin Davranışları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=7,948$; $p<0,05$).

Tablo 24'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde değeri Sağlık Dışı Hizmetlerinden Memnuniyet faktöründen duyulan memnuniyet hastaların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=7,260$; $p<0,05$).

Tablo 24'ün bulguları doğrultusunda eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen Hastanede Yönlendirme, Hastanedeki Personellerin Davranışları ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerindeki farklılığın hangi eğitim gruplarından kaynaklandığı belirlemek için Post Hoc çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılacak çoklu karşılaştırma testinin belirlenmesinde eğitim gruplarına ait varyansların homojen olup olmadığı dikkate alınmıştır. Varyansların homojenliğinin testinde Levene testi kullanılmıştır. Yapılan Levene testi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 25'deki gibidir.

Tablo 25 Faktörlerin Eğitime Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	p
Hastanede Yönlendirme	11,017	4	417	,000
Hastanedeki Personellerin Davranışları	10,069	4	417	,000
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	3,464	4	417	,008

Tablo 25’deki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre Hastanede Yönlendirme, Hastanedeki Personellerin Davranışları ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerinin puanlarına ilişkin eğitim gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre söz konusu üç faktörde görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane T2 testi kullanılmıştır. Yapılan Tamhane T2 testi bulguları ve Gruplara ait ortalama ve Standart sapma değerleri sırası ile Tablo 26 ve Tablo 27’deki gibidir.

Tablo 26 Eğitime Göre Tamhane T2 Testi

Değişken	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Hastanede Yönlendirme	İlköğretim	Lise	,49984*	,002
		Önlisans	-,03080	1,000
		Lisans	,41647*	,047
		Lisansüstü	,82944	,825
	Lise	İlköğretim	-,49984*	,002
		Önlisans	-,53064	,076
		Lisans	-,08337	1,000
		Lisansüstü	,32960	1,000
	Önlisans	İlköğretim	,03080	1,000
		Lise	,53064	,076
		Lisans	,44728	,263
		Lisansüstü	,86025	,810
	Lisans	İlköğretim	-,41647*	,047
		Lise	,08337	1,000
		Önlisans	-,44728	,263
		Lisansüstü	,41297	,998
	Lisansüstü	İlköğretim	-,82944	,825
		Lise	-,32960	1,000
		Önlisans	-,86025	,810
		Lisans	-,41297	,998
Hastanedeki Personellerin Davranışları	İlköğretim	Lise	,19444	,111
		Önlisans	,17820	,990
		Lisans	,25785	,450
		Lisansüstü	,59590	,752
	Lise	İlköğretim	-,19444	,111
		Önlisans	-,01624	1,000
		Lisans	,06341	1,000
		Lisansüstü	,40146	,966
	Önlisans	İlköğretim	-,17820	,990
		Lise	,01624	1,000
		Lisans	,07965	1,000
		Lisansüstü	,41770	,975

Değişken	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
	Lisans	İlköğretim	-,25785	,450
		Lise	-,06341	1,000
		Önlisans	-,07965	1,000
		Lisansüstü	,33805	,992
	Lisansüstü	İlköğretim	-,59590	,752
		Lise	-,40146	,966
		Önlisans	-,41770	,975
		Lisans	-,33805	,992
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	İlköğretim	Lise	,43206*	,002
		Önlisans	,41666	,586
		Lisans	,45280*	,010
		Lisansüstü	,49368	,788
	Lise	İlköğretim	-,43206*	,002
		Önlisans	-,01540	1,000
		Lisans	,02073	1,000
		Lisansüstü	,06162	1,000
	Önlisans	İlköğretim	-,41666	,586
		Lise	,01540	1,000
		Lisans	,03613	1,000
		Lisansüstü	,07702	1,000
	Lisans	İlköğretim	-,45280*	,010
		Lise	-,02073	1,000
		Önlisans	-,03613	1,000
		Lisansüstü	,04089	1,000
	Lisansüstü	İlköğretim	-,49368	,788
		Lise	-,06162	1,000
		Önlisans	-,07702	1,000
		Lisans	-,04089	1,000

Tablo 27 Faktörlerin Eğitime Göre Ortalamaları

Faktörler	Eğitim Grupları				
	İlköğretim	Lise	Önlisans	Lisans	Lisansüstü
Doktorların Tedavi Sunumu	4,01±0,74	3,81±0,95	4,2±0,7	3,89±0,88	4,16±0,5
Hastane Fiziki Koşulları	4,27±0,49	4,05±0,76	4,16±0,96	4,23±0,7	4,13±0,52
Hastanede Yönlendirme	3,85±0,7 ^a	3,35±1,11 ^b	3,88±0,71 ^a	3,44±1,03 ^b	3,02±1,36 ^a
Hastanedeki Personellerin Davranışları	4,17±0,44	3,97±0,64	3,99±0,91	3,91±0,99	3,57±0,89
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	3,61±0,71 ^a	3,18±0,95 ^b	3,19±1,08 ^a	3,16±0,94 ^b	3,11±0,77 ^a

a,b her bir faktör özelliği içinde aynı harfi taşıyan ortalamalar istatistiksel olarak önemli düzeyde farklıdır. ($p>0,05$), Değerler (ort±SS).

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre göre İlköğretim ile Lise eğitim gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,002<0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lise eğitim grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 27 deki grup ortalamaları dikkate alındığında, İlköğretim eğitim grubunun memnuniyet düzeyinin 3,8533 (%77) Lise eğitim gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,3534 (%67) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Lise eğitim grubundaki hastaların “*Hastanede Yönlendirme*” faktöründen memnuniyetlerinin İlköğretim eğitim gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Önlisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan İlköğretim ile Önlisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. 31-40 ve 41-50 yaş gurubu için memnuniyet derecesi 3,8687(%77) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Önlisans eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %77dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre göre İlköğretim ile Lisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,002<0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lisans eğitim grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 27 deki

grup ortalamaları dikkate alındığında, İlköğretim eğitim grubunun memnuniyet düzeyinin 3,8533 (%77) Lisans eğitim gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,4368(%69) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Lisans eğitim grubundaki hastaların “*Hastanede Yönlendirme*” faktöründen memnuniyetlerinin İlköğretim eğitim gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,825>0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lisansüstü eğitim grupları arasında farklılık yoktur. İlköğretim ile lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,4385(%69) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Lisansüstü eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %69dur.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Önlisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,075>0,05$) olduğundan Lise ile Önlisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Önlisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,6191(%72) bulunmuştur. Yani Lise ile Önlisans eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %72 dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Lisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan Lise ile Lisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,3951(%68) bulunmuştur. Yani Lise ile Lisans eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %68dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan Lise ile Lisansüstü eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,1886(%64) bulunmuştur. Yani Lise ile Lisansüstü eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %64dür.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Önlisans ile Lisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,263>0,05$) olduğundan Önlisans ile Lisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Önlisans ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,6604(%73) bulunmuştur. Yani Önlisans ile Lisans eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %73dür.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Önlisans ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,810>0,05$) olduğundan Önlisans ile Lisansüstü eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Önlisans ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,4539(%69) bulunmuştur. Yani Önlisans ile Lisansüstü eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %69dur.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lisans ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,998>0,05$) olduğundan Lisans ile Lisansüstü eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Lisans ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,2303(%65) bulunmuştur. Yani Lisans ile Lisansüstü eğitim guruplarının “*Hastanede Yönlendirmesinde*” memnuniyetleri %65dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Lise eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,111>0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lise eğitim grupları arasında farklılık yoktur. İlköğretim ile Lise eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 4,0451(%81) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Lise eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %81dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Önlisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,990>0,05$) olduğundan İlköğretim ile Önlisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. İlköğretim ile Önlisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 4,0782(%82) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Önlisans eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %82dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Lisans eğitim gruplarının p değeri 0,05'ten büyük ($p=0,450>0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. İlköğretim ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 4,0384(%81) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Lisans eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %81dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($P=0,752>0,05$) olduğundan İlköğretim

ila Lisansüstü eğitim grupları arasında farklılık yoktur. İlköğretim ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,5955(%72) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Lisansüstü eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %72dir.

Tablo 26’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Önlisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan Lise ile Önlisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Önlisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,9810(%80) bulunmuştur. Yani Lise ile Önlisans eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %80dir.

Tablo 26’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Lisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000>0,05$) olduğundan Lise ile Lisans eğitim grupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,7048(%74) bulunmuştur. Yani Lise ile Lisans eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %74dir.

Tablo 26’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,966>0,05$) olduğundan Lise ile Lisansüstü grupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,7404(%75) bulunmuştur. Yani Lise ile Lisansüstü eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %75dir.

Tablo 26’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Önlisans ile Lisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan Önlisans ile Lisans grupları arasında farklılık yoktur. Önlisans ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,9493(%79) bulunmuştur. Yani Önlisans ile Lisans eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %79dir.

Tablo 26’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Önlisans ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,975 >0,05$) olduğundan Önlisans ile Lisansüstü grupları arasında farklılık yoktur. Önlisans ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,7802(%76) bulunmuştur. Yani Önlisans ile Lisans eğitim guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %76dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lisans ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,992 >0,05$) olduğundan Lisans ile Lisansüstü grupları arasında farklılık yoktur. Lisans ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,7404(%75) bulunmuştur. Yani Lisans ile Lisansüstü eğitim guruplarının "*Hastanedeki Personellerin Davranışları*" memnuniyetleri %75dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre göre İlköğretim ile Lise eğitim gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,002 <0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lise eğitim grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 27 deki grup ortalamaları dikkate alındığında, İlköğretim eğitim grubunun memnuniyet düzeyinin 3,6080 (%72) Lise eğitim gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,1759(%63) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Lise eğitim grubundaki hastaların "*Sağlık Dışı Hizmetlerden*" faktöründen memnuniyetlerinin İlköğretim eğitim gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Önlisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,586 >0,05$) olduğundan İlköğretim ile Önlisans grupları arasında farklılık yoktur. İlköğretim ile Önlisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,3996(%68) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Önlisans eğitim guruplarının "*Sağlık Dışı Hizmetlerden*" memnuniyetleri %68dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre göre İlköğretim ile Lisans eğitim gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,010 <0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lisans eğitim grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 27 deki grup ortalamaları dikkate alındığında, İlköğretim eğitim grubunun memnuniyet düzeyinin 3,6080 (%72) Lisans eğitim gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,1552(%63) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Lisans eğitim grubundaki hastaların "*Sağlık Dışı Hizmetlerden*" faktöründen memnuniyetlerinin İlköğretim eğitim gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre İlköğretim ile Lisansüstü eğitim gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,788 >0,05$) olduğundan İlköğretim ile Lisansüstü grupları arasında farklılık yoktur. İlköğretim ile Lisansüstü eğitim

gurubu için memnuniyet derecesi 3,3611(%67) bulunmuştur. Yani İlköğretim ile Lisansüstü eğitim guruplarının “Sağlık Dışı Hizmetlerden” memnuniyetleri %67dir.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Önlisans eğitim guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan Lise ile Önlisans gurupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Önlisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,1836(%64) bulunmuştur. Yani Lise ile Önlisans eğitim guruplarının “Sağlık Dışı Hizmetlerden” memnuniyetleri %64dür.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Lisans eğitim guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan Lise ile Lisans gurupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,1655(%63) bulunmuştur. Yani Lise ile Lisans eğitim guruplarının “Sağlık Dışı Hizmetlerden” memnuniyetleri %63dür.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lise ile Lisansüstü eğitim guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan Lise ile Lisansüstü gurupları arasında farklılık yoktur. Lise ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,1451(%63) bulunmuştur. Yani Lise ile Lisansüstü eğitim guruplarının “Sağlık Dışı Hizmetlerden” memnuniyetleri %63dür.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Önlisans ile Lisans eğitim guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan Önlisans ile Lisans gurupları arasında farklılık yoktur. Önlisans ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,1732(%63) bulunmuştur. Yani Önlisans ile Lisans eğitim guruplarının “Sağlık Dışı Hizmetlerden” memnuniyetleri %63dür.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Önlisans ile Lisansüstü eğitim guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan Önlisans ile Lisansüstü gurupları arasında farklılık yoktur. Önlisans ile Lisansüstü eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,1528(%63) bulunmuştur. Yani Önlisans ile Lisansüstü eğitim guruplarının “Sağlık Dışı Hizmetlerden” memnuniyetleri %63dür.

Tablo 26'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Lisansüstü ile Lisans eğitim guruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=1,000 >0,05$) olduğundan Lisansüstü ile Lisans gurupları arasında farklılık yoktur. Lisansüstü ile Lisans eğitim gurubu için memnuniyet derecesi 3,1347(%63) bulunmuştur. Yani Lisansüstü ile Lisans eğitim

gruplarının “Sağlık Dışı Hizmetlerden” memnuniyetleri %63dür.

6.8.6. Faktörlerin Medeni Duruma Göre Analizi

İkiden fazla parametrik ana kütle ortalamasının birbirine eşit olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi kullanılır. Tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklemeler gerektirmekte olup, bağımsız gruplarda eşit varyanslı iki ortalama arasındaki farkın t testinin genelleştirilmiş şeklidir (Akgül, Çevik 2003: 197). Faktörlerin eğitime göre değerlendirilmesini içeren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 28’te verilmiştir.

Tablo 28 Faktörlerin Medeni Duruma Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

ANOVA						
		Kareler Toplamı	s. d.	Kareler Ortalaması	F	P.
Doktorların Tedavi Sunumu	Gruplar Arası	2,360	2	1,180	1,814	,164
	Gruplar İçi	272,455	419	,650		
	Toplam	274,814	421			
Hastane Fiziki Koşulları	Gruplar Arası	2,500	2	1,250	3,278	,039
	Gruplar İçi	159,809	419	,381		
	Toplam	162,309	421			
Hastanede Yönlendirme	Gruplar Arası	11,243	2	5,622	7,261	,001
	Gruplar İçi	324,383	419	,774		
	Toplam	335,626	421			
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Gruplar Arası	2,647	2	1,324	3,311	,037
	Gruplar İçi	167,476	419	,400		
	Toplam	170,123	421			
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Gruplar Arası	14,081	2	7,041	10,227	,000
	Gruplar İçi	288,462	419	,688		
	Toplam	302,544	421			

Tablo 28’teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumu faktöründen duyulan memnuniyet hastaların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,814$; $p>0,05$). Bütün medeni durum grupları için memnuniyet derecesi 3,9656 (%79) bulunmuştur. Yani bütün medeni durum gruplarının “Doktorların Tedavi Sunumundan” memnuniyetleri %79 dur.

Tablo 28'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastane Fiziki koşulları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=3,278; p<0,05).

Tablo 28'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanede Yönlendirme faktöründen duyulan memnuniyet hastaların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=7,261; p<0,05).

Tablo 28'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanedeki Personellerin Davranışları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=3,311; p<0,05).

Tablo 28'teki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktöründen duyulan memnuniyet hastaların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=10,227; p<0,05).

Tablo 28'in bulguları doğrultusunda medeni durum gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen Hastane Fiziki koşulları, Hastanede Yönlendirme, Hastanedeki Personellerin Davranışları ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerindeki farklılığın hangi medeni durum gruplarından kaynaklandığı belirlemek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılacak çoklu karşılaştırma testinin belirlenmesinde medeni durum gruplarına ait varyansların homojen olup olmadığı dikkate alınmıştır. Varyansların homojenliğinin testinde Levene testi kullanılmıştır. Yapılan Levene testi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 29'daki gibidir.

Tablo 29 Faktörlerin Medeni Duruma Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	p
Hastane Fiziki Koşulları	3,361	2	419	,036
Hastanede Yönlendirme	10,157	2	419	,000
Hastanedeki Personellerin Davranışları	4,823	2	419	,008
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	7,554	2	419	,001

Tablo 26'daki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre Hastane Fiziki Koşulları, Hastanede Yönlendirme, Hastanedeki Personellerin Davranışları ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerinin puanlarına ilişkin medeni durum gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre söz konusu üç faktörde görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane T2 testi kullanılmıştır. Yapılan Tamhane T2 testi bulguları ve Gruplara ait ortalama ve Standart sapma değerleri sırasıyla Tablo 30 ve Tablo 31'deki gibidir.

Tablo 30 Medeni Duruma Göre Tamhane T2 Testi

Değişken	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Hastane Fiziki Koşulları	Bekâr	Evli	-,18337	,200
		Dul	-,24438	,144
	Evli	Bekâr	,18337	,200
		Dul	-,06101	,854
	Dul	Bekâr	,24438	,144
		Evli	,06101	,854
Hastanede Yönlendirme	Bekâr	Evli	-,33367*	,046
		Dul	-,60478*	,002
	Evli	Bekâr	,33367*	,046
		Dul	-,27111	,097
	Dul	Bekâr	,60478*	,002
		Evli	,27111	,097
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Bekâr	Evli	-,11877	,535
		Dul	-,31576*	,035
	Evli	Bekâr	,11877	,535
		Dul	-,19700	,094
	Dul	Bekâr	,31576*	,035
		Evli	,19700	,094
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Bekâr	Evli	-,32230*	,035
		Dul	-,71282*	,000
	Evli	Bekâr	,32230*	,035
		Dul	-,39052*	,007
	Dul	Bekâr	,71282*	,000
		Evli	,39052*	,007

Tablo 31 Faktörlerin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

Faktörler	Medeni Durum Grupları		
	Bekâr	Evli	Dul
Doktorların Tedavi Sunumu	3,87±0,99	3,97±0,78	4,17±0,49
Hastane Fiziki Koşulları	4,06±0,86	4,24±0,55	4,3±0,48
Hastanede Yönlendirme	3,39±1,14 ^a	3,72±0,81 ^b	4±0,71 ^b
Hastanedeki Personellerin Davranışları	3,96±0,82 ^a	4,08±0,58 ^a	4,28±0,51 ^b
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	3,13±1,05 ^a	3,46±0,77 ^b	3,85±0,707 ^c

a,b,c herbir faktör özelliği içinde aynı harfi taşıyan ortalamalar istatistiksel olarak önemli düzeyde farklı değildir.($p>0.05$), Değerler (ort±SS).

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Evli medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,200 >0,05$) olduğundan Bekâr ile Evli medeni durum grupları arasında farklılık yoktur. Bekâr ile Evli medeni durum gurubu için memnuniyet derecesi 4,1493(%83) bulunmuştur. Yani Bekâr ile Evli medeni durum guruplarının "*Hastane Fiziki Koşullarından*" memnuniyetleri %83'dür.

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Dul medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,144 >0,05$) olduğundan Bekâr ile Dul medeni durum grupları arasında farklılık yoktur. Bekâr ile Dul medeni durum gurubu için memnuniyet derecesi 4,1798(%84) bulunmuştur. Yani Bekâr ile Dul medeni durum guruplarının "*Hastane Fiziki Koşullarından*" memnuniyetleri %84'dür.

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Evli ile Dul medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,854 >0,05$) olduğundan Evli ile Dul medeni durum grupları arasında farklılık yoktur. Evli ile Dul medeni durum

gurubu için memnuniyet derecesi 4,2715(%85) bulunmuştur. Yani Evli ile Dul medeni durum gruplarının “*Hastane Fiziki Koşullarından*” memnuniyetleri %85’tir.

Tablo 30’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Evli medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,046<0,05$) olduğundan Bekâr ile Evli medeni durum grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 31’deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Evli medeni durum grubunun memnuniyet düzeyinin 3,7246(%74) Bekâr medeni durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,3909 (%68) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Evli medeni durum grubundaki hastaların “*Hastanede Yönlendirme*” faktöründen memnuniyetlerinin Bekâr medeni durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 30’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Dul medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,002<0,05$) olduğundan Bekâr ile Dul medeni durum grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 31’deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Dul medeni durum grubunun memnuniyet düzeyinin 3,9957(%80) Bekâr medeni durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,3909 (%68) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Dul medeni durum grubundaki hastaların “*Hastanede Yönlendirme*” faktöründen memnuniyetlerinin Bekâr medeni durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 30’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Evli ile Dul medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,097 >0,05$) olduğundan Evli ile Dul medeni durum grupları arasında farklılık yoktur. Evli ile Dul medeni durum gurubu için memnuniyet derecesi 3,8601(%77) bulunmuştur. Yani Evli ile Dul medeni durum gruplarının “*Hastane Yönlendirmedeki*” memnuniyetleri %77’dir.

Tablo 30’daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Evli medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,535 >0,05$) olduğundan Bekâr ile Evli medeni durum grupları arasında farklılık yoktur. Bekâr ile Evli medeni durum gurubu için memnuniyet derecesi 4,0192(%80) bulunmuştur. Yani Bekâr ile Evli medeni durum gruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %80’dir.

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Dul medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,035<0,05$) olduğundan Bekâr ile Dul medeni durum grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 31'deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Dul medeni durum grubunun memnuniyet düzeyinin 4,2756(%86) Bekâr medeni durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,9599(%79) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Dul medeni durum grubundaki hastaların "*Hastanedeki Personellerin Davranışları*" faktöründen memnuniyetlerinin Bekâr medeni durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Dul ile Evli medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,094 >0,05$) olduğundan Dul ile Evli medeni durum grupları arasında farklılık yoktur. Bekâr ile Evli medeni durum gurubu için memnuniyet derecesi 4,1771(%84) bulunmuştur. Yani Dul ile Evli medeni durum guruplarının "*Hastanedeki Personellerin Davranışları*" memnuniyetleri %84'dür.

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Evli medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,035<0,05$) olduğundan Bekâr ile Evli medeni durum grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 31'deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Evli medeni durum grubunun memnuniyet düzeyinin 3,4556(%69) Bekâr medeni durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,1333(%63) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Evli medeni durum grubundaki hastaların "*Sağlık Dışı Hizmetlerdeki*" faktöründen memnuniyetlerinin Bekâr medeni durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Bekâr ile Dul medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,000<0,05$) olduğundan Bekâr ile Dul medeni durum grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 31'deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Dul medeni durum grubunun memnuniyet düzeyinin 3,8462(%77) Bekâr medeni durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,1333(%63) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Dul medeni durum grubundaki hastaların "*Sağlık Dışı Hizmetlerdeki*" faktöründen memnuniyetlerinin Bekâr medeni durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 30'daki Tamhane T2 testi sonuçlarına göre Evli ile Dul medeni durum gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,007 < 0,05$) olduğundan Evli ile Dul medeni durum grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 31'deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Evli medeni durum grubunun memnuniyet düzeyinin 3,4556(%69) Dul medeni durum grubu için memnuniyet düzeyinden 3,8462(%77) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile evli medeni durum grubundaki hastaların “Sağlık Dışı Hizmetlerdeki” faktöründen memnuniyetlerinin Dul medeni durum grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

6.8.7. Faktörlerin İş Durumuna Göre Analizi

İkiden fazla parametrik ana kütle ortalamasının birbirine eşit olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi kullanılır. Tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem gerektirmekte olup, bağımsız gruplarda eşit varyanslı iki ortalama arasındaki farkın t testinin genelleştirilmiş şeklidir (Akgül, Çevik 2003: 197). Faktörlerin eğitime göre değerlendirilmesini içeren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32 Faktörlerin İş Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

ANOVA						
		Kareler Toplamı	s. d.	Kareler Ortalaması	F	p.
Doktorların Tedavi Sunumu	Gruplar Arası	2,373	2	1,187	1,825	,163
	Gruplar İçi	272,441	419	,650		
	Toplam	274,814	421			
Hastane Fiziki Koşulları	Gruplar Arası	1,332	2	,666	1,733	,178
	Gruplar İçi	160,977	419	,384		
	Toplam	162,309	421			
Hastanede Yönlendirme	Gruplar Arası	2,707	2	1,354	1,704	,183
	Gruplar İçi	332,919	419	,795		
	Toplam	335,626	421			
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Gruplar Arası	3,381	2	1,691	4,248	,015
	Gruplar İçi	166,742	419	,398		
	Toplam	170,123	421			
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Gruplar Arası	10,375	2	5,187	7,439	,001
	Gruplar İçi	292,169	419	,697		
	Toplam	302,544	421			

Tablo 32’deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumu faktöründen duyulan memnuniyet hastaların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,825$; $p>0,05$). Bütün İş durumu grupları için memnuniyet derecesi 3,9656 (%79) bulunmuştur. Yani bütün iş durumu gruplarının “*Doktorların Tedavi Sunumundan*” memnuniyetleri %79 dur.

Tablo 32’deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastane Fiziki Koşulları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,733$; $p>0,05$). Bütün İş durumu grupları için memnuniyet derecesi 4,2114 (%84) bulunmuştur. Yani bütün iş durumu gruplarının “*Hastane Fiziki Koşulları*” memnuniyetleri %84’dür.

Tablo 32’deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanede Yönlendirme faktöründen duyulan memnuniyet hastaların iş durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,704$; $p>0,05$). Bütün İş durumu grupları için

memnuniyet derecesi 3,6856 (%74) bulunmuştur. Yani bütün iş durumu gruplarının “*Hastanede Yönlendirme*” memnuniyetleri %74’dür.

Tablo 32’deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanede Personellerin Davranışları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=4,248; p<0,05).

Tablo 32’deki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet Davranışları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=7,439; p<0,05).

Tablo 32’nin bulguları doğrultusunda İş durumu gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen Hastanede Personellerin Davranışları ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerindeki farklılığın hangi İş durumu gruplarından kaynaklandığı belirlemek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılacak çoklu karşılaştırma testinin belirlenmesinde eğitim gruplarına ait varyansların homojen olup olmadığı dikkate alınmıştır. Varyansların homojenliğinin testinde Levene testi kullanılmıştır. Yapılan Levene testi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 33 deki gibidir.

Tablo 33 Faktörlerin İş Durumuna Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	p
Hastanede Personellerin Davranışları	3,016	2	419	,050
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	,982	2	419	,376

Tablo 33’deki Levene varyansların homojenliği testi sonuçlarına göre, Hastanede Personellerin Davranışları ve Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktörlerinin puanlarına ilişkin iş durumu gruplarına ait varyansların homojen olmadığı görülmektedir (p>0,05). Buna göre söz konusu iki faktörde görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tukey testi kullanılmıştır. Yapılan Tukey testi bulguları ve Gruplara ait ortalama ve Standart sapma değerleri sırasıyla Tablo 34 ve Tablo 35’deki gibidir.

Tablo 34 İş Durumuna Göre Tukey Testi

Değişken	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Çalışıyor	Çalışmıyor	-,22674*	,011
		Emekli	-,15028	,272
	Çalışmıyor	Çalışıyor	,22674*	,011
		Emekli	,07645	,612
	Emekli	Çalışıyor	,15028	,272
		Çalışmıyor	-,07645	,612
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Çalışıyor	Çalışmıyor	-,37894*	,001
		Emekli	-,40500*	,005
	Çalışmıyor	Çalışıyor	,37894*	,001
		Emekli	-,02606	,968
	Emekli	Çalışıyor	,40500*	,005
		Çalışmıyor	,02606	,968

Tablo 35 Faktörlerin İş Durumuna Göre Ortalamaları

Faktörler	İş Durumu Grupları		
	Çalışıyor	Çalışmıyor	Emekli
Doktorların Tedavi Sunumu	4,01±0,57	4±0,82	3,81±0,93
Hastane Fiziki Koşulları	4,16±0,67	4,26±0,58	4,13±0,66
Hastanede Yönlendirme	3,54±0,94	3,74±0,86	3,67±0,91
Hastanedeki Personellerin Davranışları	3,91±0,81	3,91±0,81	3,91±0,81
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	3,13±0,91	3,5±0,8	3,53±0,82

(p>0.05), Değerler (ort±SS).

Tablo 34'deki Tukey testi sonuçlarına göre Çalışıyor ile Çalışmıyor İş durumu gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,011<0,05$) olduğundan Çalışıyor ile Çalışmıyor İş durumu grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 35'deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Çalışıyor iş durum grubunun

memnuniyet düzeyinin 3,9091(%78) Çalışmıyor iş durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 4,1358(%82) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Çalışmıyor iş durum grubundaki hastaların “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” faktöründen memnuniyetlerinin Çalışıyor iş durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 34’deki Tukey testi sonuçlarına göre Çalışıyor ile Emekli İş durumu gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,272 >0,05$) olduğundan Çalışıyor ile Emekli İş durumu grupları arasında farklılık yoktur. Çalışıyor ile Emekli İş durumu gurubu için memnuniyet derecesi 3,9916(%80) bulunmuştur. Yani Çalışıyor ile Emekli İş durumu guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %80’dir.

Tablo 34’deki Tukey testi sonuçlarına göre Çalışmıyor ile Emekli İş durumu gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,612 >0,05$) olduğundan Çalışmıyor ile Emekli İş durumu grupları arasında farklılık yoktur. Çalışmıyor ile Emekli İş durumu gurubu için memnuniyet derecesi 4,0976(%82) bulunmuştur. Yani Çalışmıyor ile Emekli İş durumu guruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %82’dir.

Tablo 34’deki Tukey testi sonuçlarına göre Çalışıyor ile Çalışmıyor İş durumu gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,001 <0,05$) olduğundan Çalışıyor ile Çalışmıyor İş durumu grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 35’deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Çalışıyor iş durum grubunun memnuniyet düzeyinin 3,1250(%63) Çalışmıyor iş durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,5039(%70) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Çalışmıyor iş durum grubundaki hastaların “*Sağlık Dışı Hizmetlerden*” faktöründen memnuniyetlerinin Çalışıyor iş durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 34’deki Tukey testi sonuçlarına göre Çalışıyor ile Emekli İş durumu gruplarının p değeri 0,05 den küçük ($p=0,005 <0,05$) olduğundan Çalışıyor ile Emekli İş durumu grupları arasında farklılık vardır. Bununla birlikte Tablo 35’deki grup ortalamaları dikkate alındığında, Çalışıyor iş durum grubunun memnuniyet

düzeyinin 3,1250(%63) Emekli iş durum gurubu için memnuniyet düzeyinden 3,5300(%70) düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Emekli iş durum grubundaki hastaların “*Sağlık Dışı Hizmetlerden*” faktöründen memnuniyetlerinin Çalışıyor iş durum gurubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 34’deki Tukey testi sonuçlarına göre Çalışmıyor ile Emekli İş durumu gruplarının p değeri 0,05 den büyük ($p=0,968 >0,05$) olduğundan Çalışmıyor ile Emekli İş durumu grupları arasında farklılık yoktur. Çalışmıyor ile Emekli İş durumu gurubu için memnuniyet derecesi 3,3275(%67) bulunmuştur. Yani Çalışmıyor ile Emekli İş durumu guruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden*” memnuniyetleri %67’dir.

6.8.8. Faktörlerin Meslek Durumuna Göre Analizi

İkiden fazla parametrik ana kütle ortalamasının birbirine eşit olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi kullanılır. Tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklemeler gerektirmekte olup, bağımsız gruplarda eşit varyanslı iki ortalama arasındaki farkın t testinin genelleştirilmiş şeklidir (Akgül, Çevik 2003: 197). Faktörlerin eğitime göre değerlendirilmesini içeren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 36’da verilmiştir.

Tablo 36 Faktörlerin Meslek Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

ANOVA						
		Kareler Toplamı	s. d.	Kareler Ortalaması	F	p.
Doktorların Tedavi Sunumu	Gruplar Arası	1,273	3	,424	,723	,540
	Gruplar İçi	93,917	160	,587		
	Toplam	95,189	163			
Hastane Fiziki Koşulları	Gruplar Arası	3,306	3	1,102	2,547	,058
	Gruplar İçi	69,226	160	,433		
	Toplam	72,533	163			
Hastanede Yönlendirme	Gruplar Arası	1,129	3	,376	,422	,738
	Gruplar İçi	142,779	160	,892		
	Toplam	143,908	163			
Hastanedeki Personellerin Davranışları	Gruplar Arası	1,361	3	,454	,935	,425
	Gruplar İçi	77,640	160	,485		
	Toplam	79,002	163			
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	Gruplar Arası	2,209	3	,736	,928	,429
	Gruplar İçi	127,011	160	,794		
	Toplam	129,220	163			

Tablo 36'daki bulguları doğrultusunda meslek gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 37 Faktörlerin Meslek Durumuna Göre Ortalamaları

Faktörler	Meslek Durumu Grupları			
	Devlet Memuru	İşçi	Özel Sektör	Serbest Meslek
Doktorların Tedavi Sunumu	3,99±0,66	3,79±0,86	3,98±0,78	3,99±0,62
Hastane Fiziki Koşulları	4,33±0,47	3,98±0,67	4,13±0,77	3,99±0,84
Hastanede Yönlendirme	3,69±0,81	3,48±0,98	3,58±1,02	3,61±1,01
Hastanedeki Personellerin Davranışları	4,09±0,68	3,9±0,46	3,9±0,88	4,06±0,58
Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet	3,29±0,9	3,44±0,8	3,17±0,96	3,53±0,81

(p>0.05), Değerler (ort±SS).

Tablo 36'daki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde doktorların tedavi sunumu faktöründen duyulan memnuniyet hastaların meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,723$; $p>0,05$). Bütün meslek grupları için memnuniyet derecesi 3,9284 (%79) bulunmuştur. Yani bütün meslek gruplarının “*Doktorların Tedavi Sunumundan*” memnuniyetleri %79 dur.

Tablo 36'daki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastane Fiziki Koşulları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=2,547$; $p>0,05$). Bütün meslek grupları için memnuniyet derecesi 4,1457 (%84) bulunmuştur. Yani bütün meslek gruplarının “*Hastane Fiziki Koşulları*” memnuniyetleri %84'dür.

Tablo 36'daki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanede Yönlendirme faktöründen duyulan memnuniyet hastaların meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,422$; $p>0,05$). Bütün meslek grupları için memnuniyet derecesi 3,5904(%72) bulunmuştur. Yani bütün meslek gruplarının “*Hastanede Yönlendirme*” memnuniyetleri %72'dir.

Tablo 36'daki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Hastanedeki Personellerin Davranışları faktöründen duyulan memnuniyet hastaların meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,935$; $p>0,05$). Bütün meslek grupları için memnuniyet derecesi 3,9726(%79) bulunmuştur. Yani bütün meslek gruplarının “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” memnuniyetleri %79'dur.

Tablo 36'daki ANOVA testi bulgularına göre şehir hastanelerinde Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet faktöründen duyulan memnuniyet hastaların meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,928$; $p>0,05$). Bütün meslek grupları için memnuniyet derecesi 3,3110(%66) bulunmuştur. Yani bütün meslek gruplarının “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” memnuniyetleri %66'dır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç

Hasta Memnuniyeti değerlendirme anketleri birçok hastanede yaygın olarak kullanılmış ve birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu çalışmada Türkiye’de yeni bir kavram olarak şehir hastaneleri kurularak, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amaçlanan şehir hastanelerinde hasta memnuniyeti ölçeği geliştirilmiştir. Çalışmada faaliyet gösteren Isparta ve Yozgat illerinde şehir hastanesine giderek tedavi gören hastalar üzerinde anket uygulaması yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek yaygın bir şekilde kullanılabilir. Çalışmada, elde edilen anketler ile yapılan faktör analizi ile 5 faktör elde edilmiştir. Elde edilen faktörler: birinci faktör “Doktorların Tedavi sunumu”, ikinci faktör “Hastane Fiziki Koşulları”, Üçüncü faktör “Hastanede Yönlendirme”, Dördüncü faktör “Hastanedeki Personelin Davranışları” ve Beşinci faktör ise “Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet” olarak adlandırılmıştır. Faktör analizi ile belirlenen gizli değişkenleri teyit etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve model uyum indisleri ile modelin mükemmel uyumlu olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu testler neticesinde şehir hastanelerinde kullanılmak üzere şehir hastaneleri hasta memnuniyeti ölçeği geliştirilmiştir.

Elde edilen faktörlerde, demografik değişkenlerin alt kategorilerine göre farklılık olup olmadığı, incelenmiştir. Cinsiyetin alt gruplarına göre tüm faktörlerde farklılık belirlenmiş ve erkeklerin bayanlara göre daha memnun olduğu görülmüştür, en çok farkın “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyetin*” olduğu tespit edilmiştir. %86 ile en çok memnuniyetin “*Hastane Fiziki Koşullar*” olduğu faktör dür. Yaş açısından incelendiğinde “*Hastanede Yönlendirme*” ve “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” faktörlerinde yaşın alt gruplarına göre farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. “*Hastane yönlendirme*” faktörüne bakıldığında “18-30” ile “65 ve üzeri” yaş gruplarının farklı olduğu, 65 ve üzeri yaş grubunun daha memnun olduğu tespit edilmiştir. “*Sağlık dışı hizmetlerden memnuniyet*” faktörü incelendiğinde farklılığın 18-30 ile 65 ve üzeri yaşın alt grupları, 31-40 ile 65 ve üzeri yaşın alt grupları arasında farklılık olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin 65 ve üzeri yaş grubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşa göre memnuniyette, yaş

ilerledikçe memnuniyetin arttığı görülmüştür. Eğitim açısından incelendiğinde “*Hastanede Yönlendirme*” ve “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” faktörlerinde eğitimin alt gruplarına göre farklılık olduğu tespit edilmiştir. “*Hastanede Yönlendirme*” faktörüne bakıldığında “İlköğretim” ile “Lise”, “İlköğretim” ile “Lisans” eğitimin alt gruplarında farklılık olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin ilköğretim eğitim grubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” faktörüne bakıldığında “İlköğretim” ile “Lise”, “İlköğretim” ve “Lisans” eğitimin alt gruplarında farklılık olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin ilköğretim eğitim grubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitime göre memnuniyette, eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin azaldığı görülmekte olup, şehir hastanelerinde memnuniyet değerlendirmesi yapılırken eğitimin farklılığı ortaya koyduğu görülmektedir. Medeni durum açısından incelendiğinde, “*Hastanede Yönlendirme*”, “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” ve “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” faktörlerinde medeni durumun alt gruplarına göre farklılığın olduğu tespit edilmiştir. “*Hastanede Yönlendirme*” faktörüne bakıldığında “Bekâr” ile “Evli” ve “Bekâr” ile “Dul” alt gruplarında farklılık olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin Dul medeni durum grubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. “*Hastanedeki Personellerin Davranışları*” faktörüne bakıldığında “Bekâr” ile “Dul” alt gruplarında farklılığın olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin “Dul” medeni durum grubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” faktörüne bakıldığında “Bekâr” ile “Evli” ve “Bekâr” ile “Dul” alt gruplarında farklılık olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin “Dul” medeni durum grubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. Medeni duruma göre memnuniyette, dul alt grubunun diğer alt gruplarına göre daha memnun olduğu tespit edilmiştir. İş durumu açısından incelendiğinden, “*Hastanedeki Personelin Davranışları*” ve “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” faktörlerinden iş durumu alt gruplarında farklılığın olduğu tespit edilmiştir. “*Hastanedeki Personelin Davranışları*” faktörüne bakıldığında “Çalışıyor” ile “Çalışmıyor” alt gruplarında farklılık olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin “Çalışmıyor” iş durumu grubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. “*Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet*” faktörüne bakıldığında “Çalışıyor” ile “Çalışmıyor” ve “Çalışıyor” ile

“Emekli” alt guruplarında farklılık olduğu ve bu farklılığa göre memnuniyet derecesinin “Emekli” iş durumu gurubunun daha yüksek olduğu görülmektedir. İş durumuna göre memnuniyette çalışıyor alt gurubunun haricindeki alt guruplarının daha memnun olduğu tespit edilmiştir. Meslek durumlarına göre incelendiğinde, meslek durumu alt gruplarında farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmada faktörlerin memnuniyet ortalamaları hesaplandığında, “Doktorların Tedavi Sunumu” ortalaması **3,96 (%79,31)**, “Hastane Fiziki Koşulları” ortalaması **4,21(%84,22)**, “Hastanede Yönlendirme” ortalaması **3,68 (%73,71)**, “Hastane Personellerinin Davranışları” ortalaması **4,07 (%81,48)**, Sağlık Dışı Hizmetlerden Memnuniyet” ortalaması ise **3,42(%68,59)** olarak bulunmuş ve genel memnuniyet ortalamasının **%77,46** olarak hesaplanmıştır.

Genel memnuniyet ortalamaları karşılaştırılması yapıldığında; Önsüz vd. (2008) ‘nin üniversite hastanesinden hasta memnuniyeti araştırmasında genel memnuniyet düzeyinin **%67,32** olduğu, Tükel vd (2004) yaptığı araştırmada genel hasta memnuniyet düzeyinin **%64,5** olduğu, Kayrakçı vd’nin yapmış oldukları hasta memnuniyeti araştırmasında genel memnuniyet düzeyinin **%62,30** olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bu karşılaştırmada devlet hastanelerindeki memnuniyet düzeylerin şehir hastanelerindeki memnuniyet düzeylerinden düşük olduğu yani şehir hastanelerinin hastaların memnuniyetini artırdığı tespit edilmiştir. Geliştirilen ölçek ve yapılan analiz sonuçlarına göre Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti ölçeğinin memnuniyet derecesini belirlemede yol gösterici nitelikte olduğu görülmektedir.

Öneriler

Şehir Hastaneleri, Türkiye’de yeni kurulan ve kaliteli sağlık hizmetlerinin yanı sıra otel konforunda hizmet vermeyi amaçlayan geniş kapsamlı kompleks kuruluşlardır. Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinde her geçen gün kaliteyi artırmada ve artırılan bu kaliteyi ölçmede yeterli derecede araştırma çalışmalarına büyük önem verildiği görülmektedir. İnsan sağlığını Etkileyen fiziki koşullar ve hizmet sunumları ancak ölçülebildiği derecede insanların kaliteli hizmet almalarına olanak sağlayacağı düşünülmekte.

Bu çalışma ile Geliştirilen hasta memnuniyeti ölçeği yeni açılan şehir hastanelerinde uygulanarak, ölçeğin geliştirilmesi ve Geliştirilen bu ölçek vasıtasıyla şehir hastanelerinde hastalara sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılmasına yardımcı olacaktır.



KAYNAKÇA

Aggleton P. (1990) Health. J&L Composition Ltd., Londo

Akbaş, E. (2014), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği), Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü

Akçin C. (2016), Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamaya Yönelik Bir Alan Araştırması

Akdur U. (2014), Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti Ve Müşteri Sadakatinin Değerlendirilmesi

Akgül A. ve ÇEVİK O. (2003). İstatiksel Analiz Teknikleri “SPSS’te İşletme Yönetimi Uygulamaları”. Ankara: Yeni Mustafa Kitapevi.

Alcan, E., (2015), “AB ırlarleme sürecinde Türkiye’de sağlık”,
:http://readgur.com/doc/637772/ab-ilarleme-s%C3%BCrecinde-t%C3%BCrkiye-desa%C4%9Fl%C4%B1k%20(10.09.2017)

Alkış, N. (2016), Bayes Yapısal Eşitlik Modellemesi: Kavramlar ve Genel Bakış, Gazi Journal of Economics and Business

Alpar, Reha (2013). Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler. Ankara:Detay Yayıncılık.

Arslan, Ç. ve M. Kelleci, (2011), Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri Ve İlişkili Bazı Faktörler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14: 1.

Asıgbulmuş, H. (2016). Hasta Memnuniyeti Çerçevesinde Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler: Isparta İlinde Bir Araştırma(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta

- Atilla, G. (2012) Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği, Yayınlanmış Doktora Tezi.
- Bardakçı S. (2013) İlköğretim Öğrencilerine Yönelik Sınıf İçi Etkinlik Ölçeği Geliştirilmesi, Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması: Sivas İli Uygulaması (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)
- Bayat B. (2014). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 16/3
- Bayram, N (2013) Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Amos Uygulamaları, Ezgi Kitabevi.
- Bentler, P. M.(1980) Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. Annual Reviewv of Psychology,
- Bollen, K.A. (1989), Structural Equations with Latent Variables, NewYork:JohnWilay & Sons, Inc
- Büyüköztürk, Ş. (2002), Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, Sayı:32, ss.470-48
- Büyüköztürk, Ş. vd. (2016), Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları, Pegem Yayınları
- Civelek, M.E. (2018), Essentials of Structural Equation Modeling, DigitalCommons@University of Nebraska - Lincoln
- Derin, N., E.T. Demirel, (2013), Scale Development Study Aimed At Patient Satisfaction Which Is The Quality Indicator In Medical Services, The Journal Of Academic Social Science Studies (JSSS), International Journal Of Social Science, Volume 6 Issue 2.
- Gelmez M. (2016), Sağlıkta Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Uygulaması
- Gülbağcı, A. (2015) Acil Servise Başvuran Onkolojik Hastaların Yakınlarının Memnuniyet Düzeyleri İle Beck Anksiyete Ölçeği Değerlerinin

Karşılaştırılması ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi.

Gülmez, M., (2005), Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, C.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 6, 2005, Sayı 2, s.147.

Henzel, Z. O. (2009) Hastayı Algılama Ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk Ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması, (Yayınlanmış Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi.

<http://www.dilakekici.com/bilgi/hasta-memnuniyeti>, 08.03.2018

<http://www.main-board.com/544372/cevre-sagligini-Etkileyen-faktorler>,
(05.03.2018)

<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> , (05.03.2018)

http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/YMA_2012/metaveri/tanim/index.html(07.03.2018)

<http://www.who.int/en/> (05.03.2018)

<https://prezi.com/utgknp7vnohf/yapisal-esitlik-modellemesi/>, 25.03.2018

Işık, F. (2017), Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastalarda Otelcilik Hizmetlerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

İlhan, M., Çetin B. (2014). LISREL ve AMOS Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, 5(2), p.26-42.

Kaçaman M. (2016), Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetine Yönelik Bir Alan Araştırması

Kara, İ.H., T. Bahçebaşı, S. Sayın, A. Yılmaz ve A. Çeler, (2011), Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve

Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Konuralp Tıp Dergisi 2011, 3(2), s. 9-15, e-ISSN1309.3878.

Karagöz, Y (2017) Spss ve Amos Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği, Nobel yayınevi

Karasar, N. (2000). Bilimsel Araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kartal M. (1993). Öys Puanlarının Ders Geçme Puanları İle Karşılaştırılması Ve Pareto Dağılımına Uygunluk Üzerine Bir Deneme Atatürk Üniversitesi Yayınları Yayın No:177

Kartal, M. (2006) Bilimsel Araştırmalarda Hipotez Testleri, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

Kaya, M. (2013). <https://www.dunya.com/ekonomi/sehir-hastanelerinin-kirasi-nasil-odenecek-haberi-222531>, (10.02.2018)

Kaynak, Z.N. (2012) Yapısal Eşitlik Modelleri, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi.

Kıdak Levent B. vd. (2008), Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi Ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması

Kıdak, L. B., M. Aksaraylı, (2008), Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 10, Sayı 3.

Kline, Rex B. (2011). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (3.Baskı). New York: Guilford Press.

Köse Z. (2016), Kamu Hastanelerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Kurumlara Yönelik Bir Araştırma

Larsson WB, Larsson G, Starrin B (1991), Patients views on quality of care: a comparison of men and women, Journal of Nursing Management 7(3): 133-139.

Merkouris A, Ifantopoulos 3, Lanara V, Lemomdou C(1999a), Patient satisfaction: a key concept for evaluation and improving nursing services, Journal of Nursing Management, 7(1), s. 19-28.

Meydan, C.H. ve Şeşen, H. (2015) Yapısal Eşitlik Modellemesi Amos Uygulamaları, Detay Anatolia Akademik Yayıncılık Ltd. Şti.

Mustafa A. ve Öngen B. (2012) Doğrulayıcı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi İstatistikçiler Dergisi 5(2012) 14-22

Nakip, M. (2013) Pazarlamada Araştırmaları Teknikleri ve (SPSS Destekli) Uygulamaları, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Onur, T. (2007). Ayaktan Sağlık Hizmetleri Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Önsüz Muhammed Fatih vd. (2008), İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi

Önsüz, F.M., A. Topuzoğlu, U.C. Cöbek, S. Ertürk, F. Yılmaz, S. Birol, (2008), İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi, Marmara Medical Journal.

Özcan, M., V. Özkaynak ve İ. Toktaş, Silvan Devlet Hastanesi'ne başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri, Dicle Tıp Derg, 2008, 35(2), s. 96-101.

Özdamar, K. (2002). Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi (Çok Değişkenli Analizler). Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özer, A. Ve Çakıl, E. (2007) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmalar Dergisi.

Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri Ve Önemi: Bir Uygulama, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Antalya.

Özkok Hatice Hicret,(2011), Yapısal Eşitlik Modelleri: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama

Öztürk, H. (2016) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği), (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi.

Papatya, G., N. vd. (2012), Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 1.

Patır S. (2009), Faktör Analizi İle Öğretim Üyesi Değerleme Çalışması, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 4, 2009

Patır, S. (2009), Faktör Analizi İle Öğretim Üyesi Değerleme Çalışması, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 4, 2009

Preacher J. Vd. (2008). *Latent Growth Curve Modelling*. Los Angeles: Sage Publications.

Raykov Tenko ve Marcoulides A. George (2006). *A First Course in Structural Equation Modeling*. New Jersey: Mahwah.

Saadet P. (2017) . Şehir Hastaneleri Raporu

Sağlık Bakanlığı Yayınları(2008) : Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)

Sağlık Bakanlığı Yayınları(2011) : Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü.

Salim, S.S.K. (2013). Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel İşbirlikleri: Sağlık Bakanlığı Örneği

Sarp, N. (Editör). III. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı. Ankara 28-29 Eylül 2000.

Sarp, N. "Sağlık Yönetimi". KPSS-SB Sağlık Bilimleri, Selim Kitabevi, 2. Baskı 2004.

Schumacker E. Randall Ve Lomax G. Richard (2010). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling (Third Edition). New York, London: Routledge.

Somunoğlu,S. (2012), Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi , Sağlık Kurumları Yönetimi-I(Ed.M.Tatar), Eskişehir

Söylemez, H., vd., (2009), Üroloji Poliklinik Hastalarında Üriner Sistem Ultrasonografisinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi, Dicle Tıp Dergisi, 36(2).

Sözer, A.N. (2014) Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri

Şahin Tahir Kemal vd. (2012), Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması

Şengül, A. (2008) İş Doyumu Ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu Ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma, Yayınlanmış Doktora Tezi.

Şimşek, Ö. F. (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks.

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770

Tavşancıl E. (2002), Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Nobel Yayıncılık, Ankara.

Tezbaşaran, A. (1996). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları.

Tunçer, A. ve Gülsoy, Ö.F. (2011), Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri Sistemine İlişkin Swot Analizi

- Tükel, B. Vd.,(2014), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası : Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)
- Ünal,A.(2017)https://www.researchgate.net/publication/322266830_Saglik_sektorunde_, (10.02.2018)
- Yazgan, M. (2009), Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldırım, M (2017) Yapısal Eşitlik Modeli Kullanarak Tükenmişlik Ve İşten Ayrılma Niyeti Kavramları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Banka Çalışanları Üzerine Bir Uygulama, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
- Yıldız, S. ve F. Yalman, (2015), Sağlık İşletmelerinde Yalın Uygulamalar Üzerine Genel Bir Literatür Taraması, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Cilt 1, Sayı 1.
- Yılmaz, F. Ö (2010) Hasta Memnuniyetini Belirleyen Faktörler: Bir Uygulama (Yayınlanmış Doktora Tezi)
- Yılmaz, M., (2001), Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü : Hasta Memnuniyeti, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 5 (2).
- Yılmaz, V. Şen, R. (2013), Model Belirleme, Örneklem Hacmi ve Tahmin Yönteminin Yapısal Eşitlik Modelleri Uyum Ölçütlerine Etkisi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi – Sayı 38 – Ekim 2013
- Yüce Ş.A. (2011). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti: Tokat Devlet Hastanesi'nde Bir Araştırma, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Yüksel Turhan Z. (2016) Yoğun Bakım Hastalarında Aile Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi.

Zaim, H. Ve Tarım, M. (2010) Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması, Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı: 59

Zerenler, M Vd. (2007), Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:18.





EK 1 Anket Örneği

ŞEHİR HASTANELERİNDEN MEMNUNİYET ÇALIŞMASI

“Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ile Analizi” çalışmamızın amacı sizlere verilen hastane hizmetlerinin kalitesini belirlemektir. Şehir hastanelerinin sizlere daha kaliteli hizmet sunulabilmesi için aşağıda yer alan soruların sizler tarafından cevaplandırılması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

Danışman: Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ

Doktora Öğrencisi: Zafer YILDIZ

Memnuniyetiniz için 0 dan 5’ e kadar bir değer veriniz. 0= Hiç Memnun
Değil,.....5= Tam Memnun

	Size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz	0	1	2	3	4	5
1.	Hasta kayıt işlemleri sırasında bekleme süresinden memnuniyetiniz.						
2.	Hasta kayıt bölümündeki personelden memnuniyetiniz.						
3.	Hastanedeki sekreterlerin size karşı yaklaşımından memnuniyetiniz.						
4.	Hastanedeki sağlık teknisyenlerinin size karşı yaklaşımında memnuniyetiniz.						
5.	Danışma görevlilerinin gerekli birimlere yönlendirmesinden memnuniyetiniz.						
6.	Hastane personelinin uyum içerisinde çalışmalarından memnuniyetiniz.						
7.	Hastaneden telefon ile randevu almak kolaylığından memnuniyetiniz.						
8.	Randevu saati ile muayene saati arasında bekletilmekten memnuniyetiniz.						
9.	Hastanede ilgili birimdeki personeli yerinde ve vaktinde bulmaktan memnuniyetiniz.						
10.	Hastanede hasta hakları ve sorumlulukları hakkında verilen bilgiden memnuniyetiniz.						
11.	Hastanede hasta haklarına önem verilmesinden memnuniyetiniz.						
12.	Hastane çalışanlarının hastalara gerekli yardımı sağlamadaki memnuniyetiniz.						
13.	Hastane çalışanlarının tavır ve davranışlarından memnuniyetiniz.						
14.	Hastanenin park yeri imkânlarından memnuniyetiniz.						
15.	Hastanenin kantin hizmetinden memnuniyetiniz.						
16.	Hastanenin güvenliğinin yeterliliğinden memnuniyetiniz.						
17.	Hastanede hizmet aldığınız birimlerin fiziki (havalandırma, ısı, ışık, çağrı sistemi vb.) yapısından						

	memnuniyetiniz.								
18.	Hastalığınızın teşhisi için gerekli ekipmanın varlığından memnuniyetiniz.								
19.	Hastanenin dinlenme ve bekleme yerlerinden memnuniyetiniz.								
20.	Hastaneye ulaşım imkânlarından memnuniyetiniz.								
21.	Hastanede son teknoloji ürünlerinin kullanılmasından memnuniyetiniz.								
22.	Hastane içerisindeki yönlendirme levhalarından memnuniyetiniz.								
23.	Hastanede yapılan tahlil veya tetkiklerin bekleme süresinden memnuniyetiniz..								
24.	Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünümünden memnuniyetiniz.								
25.	Hastanedeki lavaboların temizliğinden memnuniyetiniz.								
26.	Polikliniklerin temizliğinden memnuniyetiniz.								
27.	Bekleme alanlarının temizliğinden memnuniyetiniz.								
28.	Muayene odalarının temizliğinden memnuniyetiniz.								
29.	Hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnuniyetiniz.								
30.	Hastanede kullanılan malzemelerin kalitesinden memnuniyetiniz.								
31.	Malzemelerin kullanımı sırasında hijyene dikkat edilmesinden memnuniyetiniz.								
32.	Hastanede, hasta ve yakınlarıyla etkili iletişim kurulmasından memnuniyetiniz.								
33.	Hastanede hastalara eşit ve adil davranılmasından memnuniyetiniz.								
34.	Hastanede bir sorunla karşılaştığınızda muhatap bulabilmenizden memnuniyetiniz.								
35.	Hastanede bekleyeceğiniz süre ve nedeni hakkında bilgilendirilmekten memnuniyetiniz.								
36.	Hastanede yapılacak işlemler hakkında yeterince bilgi almadaki memnuniyetiniz.								
37.	Hastane yöneticilerinin sorunlarınızla ilgilenmesinden memnuniyetiniz.								
38.	Hastane yöneticilerinin hasta memnuniyetini önemsemesinden memnuniyetiniz.								
39.	Hastanede hasta hakları birimine kolay ulaşılabilirliğinden memnuniyetiniz.								
40.	Hastanede aldığınız hizmetlerin hızından memnuniyetiniz.								
41.	Doktorun yaptığı işlemler hakkında bilgilendirmesinden memnuniyetiniz.								
42.	Hemşirenin yaptığı işlemler hakkında bilgilendirmesinden memnuniyetiniz.								
43.	Hemşirelerin el becerilerini kullanmasındaki memnuniyetiniz.								

44.	İstedığınız doktoru seçebilmedeki memnuniyetiniz.						
45.	Doktorunuzun sizin anlayacağınız şekilde bilgilendirmesinden memnuniyetiniz.						
46.	Hastalığınız ıla ilgili doktorların teşhis ve tedavisinden memnuniyetiniz.						
47.	Muayene olduğunuz doktordan gerekli ilgiyi ve özeni görmedeki memnuniyetiniz.						
48.	Muayene olduğunuz doktorun size verdiği değerden memnuniyetiniz.						
49.	Muayene sırasında kullanılan zamandan memnuniyetiniz.						
50.	Şikâyetlerinizin nedeni hakkında doktorun verdiği bilgilerden memnuniyetiniz.						
51.	Muayene sürecinde mahremiyetinize (gizlilik) gösterilen özenden memnuniyetiniz.						
52.	Tahlil sonuçlarınızı doktora gösterebilme süresindeki memnuniyetiniz.						
53.	Muayene sonrası doktorun reçetenize yazdığı ilaçlar hakkında bilgi vermesindeki memnuniyetiniz.						
54.	Doktorun tedaviyi nasıl uygulayacağınız (ilaç kullanımı, diyetler, egzersizler vb.) hakkında sizi yeterince bilgi vermesindeki memnuniyetiniz.						
55.	Size uygulanan tedavinin nasıl bir fayda sağlayacağı hakkında bilgi verilmesindeki memnuniyetiniz.						

Hastanenin bulunduğu şehir						
Tedavi olduğunuz poliklinik						
Yaşınız	18-30	31-40	41-50	51-64	65 ve üzeri	
Cinsiyetiniz	Bayan	Erkek				
Eğitim Durumunuz	İlköğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora
Medeni Durumunuz	Bekâr	Evli	Dul			
İş durumunuz	Çalışıyor	Çalışmıyor	Emekli			
Mesleğiniz	Devlet memuru	İşçi	Özel Sektör	Serbest Meslek		



Ek 2. İzin Belgeleri



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Isparta İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Isparta Şehir Hastanesi Yöneticiliği

ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ - ISPARTA ŞH KALİTE
YÖNETİM BİRLİĞİ
24 69 2017 15 51 - 52416961 - 604.02 - E.60



Sayı : 52416961-604.02
Konu : Zafer YILDIZ'ın Araştırma İzni

ISPARTA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ'NE

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı doktora programı öğrencisi Zafer YILDIZ'ın "Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ve Analizi" konulu tez çalışması tarafımızca değerlendirilerek uygun görülmüş olup, ön izin belgesi yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Opr.Dr.Kadir Gökhan SAÇKAN
Hastane Yöneticisi

EKLER:
Zafer YILDIZ Ön İzin Belgesi

Isparta Şehir Hastanesi Sanayi Mah. 104 Caddesi No:51/ISPARTA

Bilgi için: FİLİZ AKTAŞ

Faks No:

Unvan: EBE

e-Posta: filiz.aktas1@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Isparta Şehir Hastanesi Kalite Yönetim Birimi 19603

Telefon No: 0 246 2134400

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8a790bfc-5f55-44b7-a2f0-e7384791547a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 21143511-020
Konu : Zafer YILDIZ'ın Araştırma İzni

Sayın ZAFER YILDIZ

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı doktora programı öğrencisi Zafer YILDIZ'ın "Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ve Analizi" konulu tez çalışması, dilekçesine istinaden tarafımızca değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

Develik mah. Çamlık Cad.

Faks No:03542177031

e-Posta:bediha.baser@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 03542175070

Bilgi için:Bediha BAŞER


Unvan:EBE

Telefon No:354215070/1252


Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e54c1727-1bf2-4059-9ec0-9290ccc0a4c2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. Etik Kurul Kararı

GİZLİ



Tarih: 24.08.2017 16:51
Sayı: 60263016-050.06
E.090002018484



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : 60263016-050.06
Konu : Zafer YILDIZ'ın Anket Çalışması Hk.

Sayın; Zafer YILDIZ


İlgi: 23/08/2017 tarih ve 207958 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz ve ekleri, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurulunca incelenmiştir. Kurulun 24/08/2017 tarih ve 7 no'lu toplantısında alınan 2 no'lu kararda; "Sosyal Bilimler Enstitüsü İşleme Anabilim Dalı öğrencisi Zafer YILDIZ'ın 23/08/2017 tarih ve 207958 sayılı dilekçe ekinde bulunan "Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ile Analizi" adlı doktora tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasının etik açıdan uygunluğu Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan bir sakınca olmadığı yönünde, Rektör olurlarına sunulmak üzere oybirliği ile, Karar verildi." denilmekte olup, 24/08/2017 tarihli Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurul toplantısında alınan 2 no'lu karar, Rektörlük olurlarına sunulmuş ve Rektör oluru alınmıştır.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Mehmet ÇİMEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinde ulaşabilirsiniz.
Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi Sivas
Tel:0 346 219 1010 Faks:0 346 219 1138 E-posta: hukuk@cumhuriyet.edu.tr



1 / 1



ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Zafer YILDIZ
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 27/11/1978 - Sivas
e-posta : yildizzafer@yandex.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2008
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi	2013

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2004	Cumhuriyet Üniversitesi Bilgişlem Daire Başkanlığı	