



**TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAPSAMINDA SAĞLIK
HİZMETLERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ
İLE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ VE BİR UYGULAMA**

Esra ÇELİK

**Yüksek Lisans Tezi
Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı
Endüstri Mühendisliği Bilim Dalı
Prof. Dr. Cafer ÇELİK**

2019

Her hakkı saklıdır

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAPSAMINDA SAĞLIK
HİZMETLERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ İLE
MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ VE BİR UYGULAMA**

Esra ÇELİK

**ENDÜSTRİ MÜHENDİSLİĞİ ANABİLİM DALI
Endüstri Mühendisliği Bilim Dalı**

**ERZURUM
2019**

Her hakkı saklıdır



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ ONAY FORMU

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAPSAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNDE
ALGILANAN HİZMET KALİTESİ İLE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ ve BİR UYGULAMA

Prof. Dr. Cafer ÇELİK danışmanlığında, Esra ÇELİK tarafından hazırlanan bu çalışma, 12./06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı - Endüstri Mühendisliği Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak ~~oybirliği / oy çokluğu~~ (.../...) ile kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Cafer ÇELİK

İmza :

Üye : Doç. Dr. Selçuk Kürşat İŞLEYEN

İmza :

Üye : Dr.Öğr. Üyesi. Mustafa YILMAZ

İmza :

Yukarıdaki sonuç;

Enstitü Yönetim Kurulu 20.../06.../2019 tarih ve 25.../.../46... nolu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet KARAKAN
Enstitü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaklardan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak olarak kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAPSAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ İLE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ VE BİR UYGULAMA

Esra ÇELİK

Atatürk Üniversitesi
Fen Bilimleri Enstitüsü
Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı
Endüstri Mühendisliği Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Cafer ÇELİK

Toplam kalite yönetimi (TKY) günümüz rekabet ortamında işletme başarısı için ön koşullardan biridir. Sağlık hizmetinde müşteri beklenti ve isteklerinin karşılanması, TKY uygulamalarının odak noktasını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin müşterisi yalnızca hastalar değil, sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlardır. Hastanelerdeki hizmet kalitesinin ölçümünde dış müşteri olan hastalar ile iç müşteri olan çalışanların memnuniyeti bilgilerinden yararlanılabilir.

Bu çalışmanın amacı TKY kapsamında algılanan hizmet kalitesi ile hasta ve çalışan memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu kapsamda “hasta memnuniyeti ölçeği” ile “çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği” geliştirilmiştir. Araştırmanın çalışma grubunu, Erzurum il merkezindeki Palandöken Devlet Hastanesi’nde ve Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 2018 yılının Ağustos ve Eylül ayında yatarak tedavi gören hastalar ile hastane çalışanları oluşturmaktadır.

Çalışmaya basit tesadüfi örneklem yöntemiyle belirlenen 420 hasta ve 308 çalışan katılmıştır. Araştırma sürecinde elde edilmiş olan veriler, SPSS 24 ve AMOS 21 paket programları ile değerlendirilmiştir. Öncelikle ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ele alınmıştır. Daha sonra faktör analizi, varyans analizi ve t-testi yapılmıştır. Bu testler sonucunda hastaneler ve araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında, ölçeğin bazı alt boyutları kapsamında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Son olarak bu durumun oluşma nedenlerinin tespit edilebilmesi için sebep-sonuç diyagramlarından faydalanılmıştır.

2019, 204 sayfa

Anahtar Kelimeler: Toplam kalite yönetimi, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ölçeği, çalışan memnuniyeti ölçeği, çalışan performansı

ABSTRACT

MS Thesis

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SERVICE QUALITY AND CUSTOMER SATISFACTION IN HEALTH SERVICES IN THE CONTEXT OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT: AND APPLICATION

Esra ÇELİK

Atatürk University
Graduate School of Natural and Applied Sciences
Department of Industrial Engineering
Industrial Engineering Department

Supervisor: Prof. Dr. Cafer ÇELİK

Total quality management (TQM) is one of the prerequisites for business success in today's competitive environment. Satisfying customer expectations and requests, are the focus of TQM applications in health care. The customer of health services is not only patients but all individuals and institutions involved in the process of health care production. In the measurement of service quality in hospitals, external customer patients and internal customer satisfaction information can be used.

The aim of this study is to examine the relationship between perceived service quality and patient and employee satisfaction within the scope of total quality management. In this context, “patient satisfaction scale” and “employee satisfaction and performance scale” were developed. The study group consisted of inpatient treatment and hospital workers in August and September 2018 at Palandöken State Hospital and Regional Training and Research Hospital in Erzurum Province.

The study included 420 patients and 308 employees with simple random sampling. The data acquired in the study process were evaluated with SPSS 24.0 and AMOS 21 package programs. Firstly the reliability and validity dimensions of the scales were taken into consideration. Then, factor analysis, variance analysis and t- test was conducted. As a result of these tests, significant differences were found between the independent variables of the hospitals and the research within the scope of some sub-dimensions of the scale. Finally, the reason-result diagrams are used to determine the causes of this situation.

2019, 204 pages

Keywords: Total quality management, service quality, patient satisfaction scale, employee satisfaction scale, employee performance

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın konu seçiminden sonuçlanmasına kadar geçen süreçte önerileri, eleştirileri, tecrübesi ve desteğinden ötürü tez danışmanım ve değerli hocam Sayın Prof.Dr. Cafer ÇELİK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Veri toplama sürecinde bana göstermiş oldukları anlayışlarından ve yardımlarından dolayı İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarına, Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi ve Palandöken Devlet Hastanesi yöneticilerine, çalışanlarına ve servislerinde yatan hastalara teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca hayatımın her aşamasında yanımda olan ve beni destekleyen sevgili annem Yıldız ÇELİK'e, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen kıymetli babam Sacit ÇELİK'e ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen abim Resul ÇELİK'e en içten sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Esra ÇELİK

Mayıs, 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. KAYNAK ÖZETLERİ	4
3. MATERYAL ve YÖNTEM.....	17
3.1. Kalite	17
3.1.1. Kalite kavramı	17
3.1.2. Kalitenin tarihsel gelişimi	18
3.1.2.a. Muayene	18
3.1.2.b. Kalite kontrol.....	18
3.1.2.c. Kalite güvencesi	19
3.1.2.d. Toplam kalite aşaması	20
3.1.3. Kalitenin boyutları.....	20
3.2. Toplam Kalite Yönetimi.....	21
3.3. Hizmet ve Hizmet Kalitesi	22
3.3.1. Hizmet kavramı	22
3.3.2. Hizmet kalitesi kavramı.....	23
3.3.3. Hizmet kalitesinin boyutları	24
3.3.4. Hizmet kalitesi modelleri	25
3.3.4.a. Grönross'un algılanmış hizmet kalitesi modeli	25
3.3.4.b. Gummesson'un "4Q" hizmet kalitesi modeli.....	27
3.3.4.c. Grönroos ve Gummesson hizmet kalitesi modeli.....	28
3.3.4.d. Kano modeli	29
3.3.4.e. Lehtinen-Lehtinen hizmet kalitesi modeli.....	30
3.3.4. f. Normann'ın hizmet kalitesi modeli.....	31
3.3.4.g. Kavramsal hizmet kalitesi modeli	31

3.3.4.h. SERVQUAL ölçeği.....	34
3.3.4.i. SERVPERF ölçeği	36
3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve TKY	37
3.4.1. Sağlık hizmetleri.....	37
3.4.2. Sağlık hizmetlerinde kalite	38
3.4.3. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi.....	39
3.4.3.a. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ilkeleri	40
3.4.3.b. Sağlık hizmetlerinde TKY'nin yararları.....	42
3.4.3.c. Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamasında karşılaşılan sorunlar	43
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Önemi.....	44
3.6. Sağlık Sektöründe Çalışan Memnuniyeti ve Performansı.....	46
3.7. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü.....	47
3.8. Yöntem	48
3.8.1. Araştırmanın modeli.....	48
3.8.2. Araştırmanın örnekleme.....	50
3.8.3. Veri toplama aracı ve araştırma ölçeğinin oluşturulması	52
3.8.3.a. Madde havuzunun oluşturulması.....	52
3.8.3.b. İçerik güvenilirliğinin incelenmesi (uzman görüşü)	55
3.8.3.c. Uygulama aşaması.....	56
3.8.4. Araştırmanın değişkenleri	56
3.8.5. Araştırmanın varsayımları ve kısıtları	57
3.8.6. Veri analiz yöntemleri	58
3.8.6.a. Güvenilirlik analizi	59
3.8.6.b. Geçerlilik analizi	59
3.8.6.c. KMO ve Bartlett Küresellik Testi (BTS)	60
3.8.6.d. Faktör analizi.....	60
3.8.6.e. t testi ve ANOVA testi.....	61
3.8.6.f. Post hoc ve Tukey testi	62
3.8.6.g. Sebep – sonuç analizi	62
3.8.6.h. Frekans ve yüzde dağılımları	62
4. ARAŞTIRMA BULGULARI ve TARTIŞMA.....	63
4.1. Hasta Memnuniyeti Ölçeği.....	63

4.1.1. Yapı geçerliliği	63
4.1.1.a. Açıklayıcı faktör analizi (AFA).....	63
4.1.1.b. Doğrulamalı faktör analizi (DFA).....	67
4.1.2. Güvenilirliğin incelenmesi	69
4.1.3. Ölçeğin yapıldığı yere dair özellikler	71
4.1.4. Hastaların demografik özelliklerine ait bulgular	77
4.1.5. Hasta memnuniyeti ölçeği faktörlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	85
4.1.6. Hasta memnuniyet ölçeği faktörlerine göre araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındaki farklılıkların incelenmesi	90
4.1.7. Araştırmanın bağımsız değişkenlerine göre hasta memnuniyet ölçeğinin memnuniyet ortalamalarının incelenmesi	95
4.1.8. Hasta memnuniyeti ölçeğinde sebep-sonuç diyagramına ilişkin bulgular	97
4.2. Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği	99
4.2.1. Kavramsal geçerliliği	99
4.2.2. Güvenilirliğin incelenmesi	99
4.2.3. Ölçeğin uygulandığı yere dair özellikler	100
4.2.4. Çalışanların demografik özelliklerine ait bulgular	101
4.2.5. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.....	110
4.2.6. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümlerine göre araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	112
4.2.7. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinde sebep-sonuç analizine ilişkin bulgular	115
4.3. Çalışan Memnuniyeti ve Performansının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi	117
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	119
KAYNAKLAR	123
EKLER	132
ÖZGEÇMİŞ	205

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

Simgeler

N	Ana kütle
p	Anlamlılık Düzeyi
\bar{X}	Ortalama
SD	Serbestlik Derecesi
S	Standart Sapma

Kısaltmalar

AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
AMOS	Analysis of Moment Structures
ANOVA	Varyans Analizi (Analysis of Variance)
BEAH	Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BTS	Barlett küresellik testindeki
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
JIS	Japon Sanayi Standartları Komitesi
GFI	Uyum İyiliği İndeksi
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	Normlaştırılmış Uyum Testi
PDH	Palandöken Devlet Hastanesi
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SERVQUAL	Servis Kalitesi (Service Quality)
SERVPERF	Servis Performansı (Service Performance)
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket Programı (Statistical Package For Social Sciences)
TKK	Toplam Kalite Kontrolü
TKY	Toplam Kalite Yönetimi

TQM	Toplam Kalite Yönetimi (Total Quality Management)
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
vb	ve benzeri



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Grönroos'un hizmet kalitesi modeli	26
Şekil 3.2. Gummesson'un "4Q" hizmet kalitesi modeli	27
Şekil 3.3. Grönroos ve Gummesson hizmet kalitesi modeli	28
Şekil 3.4. Lehtinen-Lehtinen hizmet kalitesi modeli	30
Şekil 3.5. Kavramsal hizmet kalitesi modeli	32
Şekil 3.6. Algılanan hizmet kalitesini belirleyen faktörler	34
Şekil 3.7. Bir sağlık işletmesinin iç ve dış müşterileri.....	41
Şekil 3.8. Araştırma modeli	49
Şekil 4.1. Hastane değerlendirme boyutuna ait yamaç eğim (scree plot) grafiği	66
Şekil 4.2. Personel değerlendirme boyutuna ait yamaç eğim (scree plot) grafiği	66
Şekil 4.3. Süreç değerlendirme boyutuna ait yamaç eğim (scree plot) grafiği	67
Şekil 4.4. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu hastanelere göre dağılımı.....	72
Şekil 4.5. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu servislere göre dağılımları	73
Şekil 4.6. Ölçeğe katılan yatan hastaların kaldıkları oda türüne dağılımları	74
Şekil 4.7. Ölçeğe katılan hastaların odada kalan hasta sayısına göre dağılımları.....	75
Şekil 4.8. Ölçeğe katılan hastaların hastanede kaldığı gün sayısına göre dağılımları	76
Şekil 4.9. Ölçeğe katılan yatan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı	77
Şekil 4.10. Ölçeğe katılan yatan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.....	78
Şekil 4.11. Ölçeğe katılan yatan hastaların medeni durumlarına göre dağılımı	79
Şekil 4.12. Ölçeğe katılan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları	80
Şekil 4.13. Ölçeğe katılan yatan hastaların mesleklerine göre dağılımları.....	81
Şekil 4.14. Ölçeğe katılan yatan hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımları.....	82
Şekil 4.15. Ölçeğe katılan yatan hastaların aylık gelir gruplarına göre dağılımları	83
Şekil 4.16. Ölçeğe katılan yatan hastaların ikametgâh yerlerine göre dağılımları	84
Şekil 4.17. PDH'deki hasta memnuniyetine ilişkin sebep-sonuç diyagramı	97
Şekil 4.18. BEAH'deki hasta memnuniyetine ilişkin sebep - sonuç diyagramı	98
Şekil 4.19. Ölçeğe katılan çalışanların hastanelere göre dağılımı	101
Şekil 4.20. Ölçeğe katılan çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımı.....	102
Şekil 4.21. Ölçeğe katılan çalışanların yaş gruplarına göre dağılımları	103

Şekil 4.22. Ölçeğe katılan çalışanların medeni durumlarına göre dağılımı.....	104
Şekil 4.23. Ölçeğe katılan çalışanların çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımı.	105
Şekil 4.24. Ölçeğe katılan çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımları	106
Şekil 4.25. Ölçeğe katılan çalışanların mesleklerine göre dağılımları.....	107
Şekil 4.26. Ölçeğe katılan çalışanların kurumda çalışma süresine göre dağılımları	108
Şekil 4.27. Ölçeğe katılan çalışanların meslekte çalışma süresine göre dağılımları	109
Şekil 4.28. Ölçeğe katılan çalışanların aylık gelirlerine göre dağılımları.....	110
Şekil 4.29. BEAH'deki çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin genel değerlendirilmesinin düşük olmasına ilişkin sebep - sonuç diyagramı	116
Şekil 4.30. PDH'de çalışan performansının düşük olmasına ilişkin sebep – sonuç diyagramı.....	117

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. SERVQUAL ölçeğinin boyutları.....	35
Çizelge 3.2. Hizmet kalitesinin belirlenmesinde ve algılanmasında önemli rol oynayan unsurlar	38
Çizelge 3.3. KMO değerlerinin yorumlanması.....	52
Çizelge 3.4. Boyut ve faktörler bazında geliştirilen ölçek.....	53
Çizelge 3.5. Hasta memnuniyeti ölçeğinde kullanılan Likert tipindeki seçeneklerin anlamları ve puan değerleri.....	55
Çizelge 3.6. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinde kullanılan Likert tipindeki seçeneklerin anlamları ve puan değerleri.....	56
Çizelge 3.7. Amaçlara göre uygulanan analiz yöntemleri	58
Çizelge 3.8. Cronbach Alfa (α) katsayısının yorumlanması.....	59
Çizelge 4.1. KMO ve BTS testlerine ilişkin sonuçlar.....	64
Çizelge 4.2. Model uyum indeksleri ve ölçeğin boyutlarının araştırma uyum değerleri	68
Çizelge 4.3. Boyutlara ve faktörlere ilişkin Cronbach Alpha değerleri.....	69
Çizelge 4.4. Hasta memnuniyeti ölçeğinin alt faktörleri ve maddeleri.....	70
Çizelge 4.5. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu hastaneye göre dağılımları.	71
Çizelge 4.6. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu servislere göre dağılımları .	72
Çizelge 4.7. Ölçeğe katılan yatan hastaların kaldıkları oda türüne göre dağılımları.....	74
Çizelge 4.8. Ölçeğe katılan hastaların odada kalan hasta sayısına göre dağılımları.....	74
Çizelge 4.9. Ölçeğe katılan hastaların hastanede kaldığı gün sayısına göre dağılımları	76
Çizelge 4.10. Ölçeğe katılan yatan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları.....	77
Çizelge 4.11. Ölçeğe katılan yatan hastaların yaş gruplarına göre dağılımları	78
Çizelge 4.12. Ölçeğe katılan yatan hastaların medeni durumlarına göre dağılımları	79
Çizelge 4.13. Ölçeğe katılan yatan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları	79
Çizelge 4.14. Ölçeğe katılan yatan hastaların mesleklerine göre dağılımları.....	81
Çizelge 4.15. Ölçeğe katılan yatan hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımları	82
Çizelge 4.16. Ölçeğe katılan yatan hastaların aylık gelir gruplarına göre dağılımları ...	83
Çizelge 4.17. Ölçeğe katılan yatan hastaların ikametgâh yerlerine göre dağılımları	84
Çizelge 4.18. Hasta memnuniyeti ölçeğinin boyutlarına ait memnuniyet ortalamaları..	85

Çizelge 4.19. Hasta memnuniyeti ölçeği faktör ve boyutlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	86
Çizelge 4.20. Hasta memnuniyeti ölçeği faktörleri içinde en yüksek ortalama puana sahip maddeler	88
Çizelge 4.21. Hasta memnuniyeti ölçeği faktörleri içinde en düşük ortalama puana sahip maddeler.....	89
Çizelge 4.22. Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin genel değerlendirmesi.....	90
Çizelge 4.23. Bağımsız değişkenlere göre ölçeğin en düşük ve en yüksek memnuniyet ortalamaları	96
Çizelge 4.24. Bölümlerin Cronbach Alpha değerleri.....	99
Çizelge 4.25. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği için alt bölümler ve toplam puanları	100
Çizelge 4.26. Ölçeğe katılan çalışanların hastanelere göre dağılımı	101
Çizelge 4.27. Ölçeğe katılan çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımı.....	102
Çizelge 4.28. Ölçeğe katılan çalışanların yaş gruplarına göre dağılımları	102
Çizelge 4.29. Ölçeğe katılan çalışanların medeni durumlarına göre dağılımları.....	103
Çizelge 4.30. Ölçeğe katılan çalışanların çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı	104
Çizelge 4.31. Ölçeğe katılan çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımları	105
Çizelge 4.32. Ölçeğe katılan çalışanların mesleklerine göre dağılımları.....	106
Çizelge 4.33. Ölçeğe katılan çalışanların kurumda çalışma süresine göre dağılımları	107
Çizelge 4.34. Ölçeğe katılan çalışanların meslekte çalışma süresine göre dağılımları	108
Çizelge 4.35. Ölçeğe katılan çalışanların aylık gelirlerine göre dağılımları.....	109
Çizelge 4.36. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin bölümlerine ait puan ortalamaları	110
Çizelge 4.37. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin bölümlerine ait ortalama ve standart sapma değerleri.....	111
Çizelge 4.38. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümler içinde en yüksek ortalama puana sahip maddeler.....	112
Çizelge 4.39. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümler içinde en düşük ortalama puana sahip maddeler.....	112
Çizelge 4.40. Çalışanların performansının ve memnuniyetinin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi	118

1. GİRİŞ

Toplam kalite yönetimi (TKY), bir kuruluş içinde kaliteyi odak alan, kuruluşun bütün üyelerinin katılımına dayanan, müşteri memnuniyeti yoluyla uzun vadeli başarıyı amaçlayan ve kuruluşun bütün üyelerine ve topluma fayda sağlayan yönetim yaklaşımıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları üç ana fikirde toplanmıştır. Bunlar; performansın değerlendirilmesi ya da ölçülmesi, performansın standartlara uygunluğunun belirlenmesi ve standartlar karşılanmadığında performansın geliştirilmesidir. Bahsedilen üç ana fikirde birçok farklı yöntem kullanılır. Fakat hizmet kalitesinin ölçümünde beklenti ve algılar arasındaki farkların değerlendirildiği TKY modelleri daha önemli olarak görülür.

Sağlık hizmetinde müşteri beklenti ve isteklerinin karşılanması, TKY uygulamalarının odak noktasını oluşturmaktadır. Müşteri kavramı hizmet alan kişilerle birlikte hizmeti verenleri yani çalışanları da kapsar. TKY'de müşteri tanımı dış müşteri ve iç müşteri olarak iki düzeyde ele alınmaktadır. Sağlık sektöründe iç müşterileri çalışanlar oluştururken dış müşterileri hastalar oluşturmaktadır.

Sağlık sektöründe olan işletmelerin kaliteli, ulaşılabilir ve yenilikçi sağlık hizmeti sunması bu hizmeti alan hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır. Hasta memnuniyet düzeyinin artmasında sağlık çalışanlarının memnuniyeti ve performansının katkısı büyüktür.

Çalışan memnuniyetindeki ve performansındaki iyileşmeler, hizmet kalitesini yani verimliliği artırıp hasta memnuniyet düzeyinde artışa sebep olur. Performansı artırmak için çabalayan bir yönetici, çalışanların tutum ve davranışlarını, fikir ve duygularını, arzu ve isteklerini ve bunlara etki eden iç ve dış faktörleri dikkate almalıdır. Motivasyonu eksik olan personelin yüksek performans göstermesi beklenmemelidir.

Bu çalışmada sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesinin hem hastanelerin servislerinde yatarak tedavi gören hastaların hem de hastane çalışanlarının algısıyla ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu itibarla hastalara ve çalışanlara uygulanmak üzere iki ayrı ölçek geliştirilmesi, sağlık sektöründe hastaların ve çalışanların memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, memnuniyetin düşük çıktığı faktörlerin nedenlerinin araştırılması ve hastaneler arasında değerlendirme yapılması hedeflenmiştir.

Çalışmada ilk olarak hasta memnuniyeti incelenerek hizmet sunan sağlık kurumunun performansı hasta bakış açısıyla değerlendirilecektir. Günümüzde hasta tatmininin ölçümü, hastaların sunulan hizmetten memnun olup olmadıklarını belirlemenin yanı sıra, sağlık kuruluşlarının kendi performanslarını değerlendirmeleri amacıyla da kullanılmaktadır.

Bu çalışmada ikinci olarak çalışan memnuniyeti ve performansı incelenecek, sağlık personelinin işle ilgili güçlü ve zayıf yönleri belirlenecektir. Böylece yöneticilere; eğitim, ücret artışı, kariyer, terfi, işten çıkarma gibi konulardaki karar alma süreçlerinde katkı sağlanması amaçlanmıştır. Çalışanların memnuniyetinin ve performansının hasta memnuniyeti üzerinde etkisinin olup olmadığını incelemek ise sağlık işletmelerinin performansını değerlendirmede rol oynayacaktır.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçümü konusunda yapılmış olan çalışmalardan bahsedilmiştir. Çalışmalar; hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik çalışmalar, çalışan memnuniyetini ölçmeye yönelik çalışmalar ve hem hasta hem de çalışan memnuniyetini bir arada ölçmeye yönelik çalışmalar olmak üzere üç grupta verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde kalite, TKY, hizmet, hizmet kalitesi kavramları tanıtılmış; sağlık hizmetlerinde kalite ve TKY, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve performansı ve sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin ölçümü hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca bu bölümde yöntem başlığı altında araştırmanın modeline, örneklem seçimine,

ölçek geliştirmeye, araştırmanın değişkenlerine, varsayımlarına, kısıtlarına ve araştırma verilerinin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemlere değinilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde TKY kapsamında algılanan hizmet kalitesi ile hasta ve çalışan memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Erzurum il merkezindeki Palandöken Devlet Hastanesi'nde ve Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalara ve çalışanlara yönelik araştırmaya yer verilmiştir. Bu kapsamda hem hastalara hem de çalışanlara uygulanacak olan ölçeğin geliştirilmesi adına yapılan çalışmalar ve ölçeğin uygulanması detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Ayrıca verilerin SPSS 24 ve AMOS 21 paket programları kullanılarak analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiş, sebep – sonuç diyagramları oluşturulmuştur.

Çalışmanın beşinci bölümünde ise elde edilen sonuçlar özet halinde sunulmuş, dikkat edilmesi gereken noktalar belirtilmiş ve daha sonra gerçekleştirilecek benzer araştırmalara ilişkin önerilere yer verilmiştir.

2. KAYNAK ÖZETLERİ

Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçümü ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti konusunda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik çalışmalar, çalışan memnuniyetini ölçmeye yönelik çalışmalar ve hem hasta hem de çalışan memnuniyeti ölçmeye yönelik çalışmalar olmak üzere üç grupta toplanabilir. Hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik çalışmalardan önemli görülen bir kısmına ilişkin bilgiler izleyen paragraflarda özet olarak sunulmuştur.

Sezgin (1998) yüksek lisans tez çalışmasında acil servis için önemli memnuniyet boyutları olan hizmetleri; bakım, barındırma, hasta kabul ve kayıt, tedavi, teknoloji, taburculuk ve çevre düzenleme hizmetleri olarak ele almıştır; Acil servise başvuran hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Acil servisteki kalış süresine göre hastaların genel memnuniyet konusundaki görüşlerinin farklılık gösterdiği gözlenmiştir.

Carman (2000) çalışmasında sağlık sektöründeki hizmet kalitesini teknik ve konaklama olarak iki boyutta ele almıştır. Teknik boyut; doktor ve hemşire hizmetlerini kapsamaktadır. Konaklama boyutunda ise yiyecek hizmeti, oda sıcaklığı, gürültü, temizlik ve sağlık işletmesinin park alanı gibi faktörler değerlendirilmiştir. Çalışmada, hastaların teknik boyutu, yani doktor ve hemşire hizmetleri boyutunu konaklama boyutundan daha önemli olarak değerlendirdikleri ve teknik boyutun bileşenleri arasında önemli etkileşimler olduğu görülmüştür.

Devebakan ve Aksaraylı (2003) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmetleri için uyarlanan SERVQUAL (Service Quality) ölçeği kullanılmıştır. İlk olarak sağlık sektöründe hizmet kalitesi boyutlarının önem dereceleri hasta bakış açısı ile tespit edilmiştir. Hastanenin hem boyutlar bazında, hem de eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. Ayrıca hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyi, sosyoekonomik ve demografik değişkenler açısından değerlendirilmiştir. Hastanede

“güvenilirlik” ve “güven” boyutları hastaların çoğunluğu tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutları olarak görülmüştür.

Bircan ve Baycan (2004) tarafından yapılan çalışmada hastanelerin verimlilik ve kalite sistemi incelenmiştir. Bu amaçla ayakta tedavi gören hastaların aldıkları sağlık hizmeti konusundaki görüşlerini belirlemek için Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde bir anket çalışması yapılmıştır. Anket sonuçları SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen veriler ışığında değerlendirmeler yapılarak hastane yöneticilerine bazı önerilerde bulunulmuştur.

Ercan vd (2004) tarafından yapılan çalışmada verilen sağlık hizmetinden memnun kalanların, gerekirse yine aynı sağlık hizmeti veren kuruma yöneleceği düşüncesiyle hareket etmişlerdir. Türkiye sağlık sistemi yapısına uygun olarak, II. basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda hizmet memnuniyetini ölçmek için ölçek geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçekte teknik boyutun dışındaki faktörler de dikkate alınmıştır. Ölçeğin standart bir ölçek olabilmesi için Bursa’da bir hastaneden sağlık hizmetini en az bir kez alan 173 kişiye ölçek uygulanmıştır. Daha sonra ölçeğe güvenilirlik ve geçerlik analizleri uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinde Cronbach alfa, teta ve omega güvenilirlik katsayılarından yararlanılmış ve sonucunda ölçeğin oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin geçerliliğinde ise yapı geçerliği esas alınmış ve ölçeğin geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

Varinli ve Çakır (2004) tarafından yapılan çalışmada sağlıkta hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırmacılar, özellikle özel hastanelerin, bu ilişkiyi bilmesi gerektiği düşüncesindedir. Kayseri’deki özel bir hastane uygulama yeri olarak seçilerek ayakta tedavi gören 185 hastayla yüz yüze görüşülmüştür. Elde edilen verilere faktör analizi ve regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan regresyon analizleri sonucunda belirlenen faktörler arasında önemli ilişkiler olduğu bulunmuştur.

Gülmez (2005) çalışmasında sağlık hizmetinde kaliteyi ve memnuniyet ölçümünü incelemiştir. Bu amaçla Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde ayakta tedavi gören 396 hastaya anket uygulanmıştır. Araştırmayla ilgili iki hipotez kurulmuş, hastanın hastanede verilen sağlık hizmetine göre başkasına tavsiye etme ve yeniden bu hastaneyi tercih edilmesi arasındaki ilişkiler ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Hastanede alınan hizmetlerin kalitesinin, yeniden aynı hastanenin tercih edilmesinde ve kurumun başkalarına tavsiye edilmesinde etkili olduğu görülmüştür.

Öksüz ve Malhan (2005) tarafından yapılan çalışmada özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında uygulanmak üzere hasta memnuniyet ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin standart bir ölçek haline gelmesi için güvenilirlik ve geçerlilik analizleri yapılmıştır. Bir uzman komite tarafından, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalara sunulan sağlık hizmeti özelliklerini içeren 30 başlıklı bir anket formu geliştirilmiştir. Geliştirilen anket formu, Başkent Üniversitesi Mediko Sosyal Sağlık Merkezi'nde katılmak isteyen hastalara uygulanmıştır. Üçü açık uçlu olmak üzere sosyo-demografik özelliklere ait olanlar da dâhil toplam 70 sorudan oluşan anket formu 228 kişiye uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 11.5 programı ile analiz edilmiştir. Ki-kare testi, t testi, faktör analizi, scree plot, varimaks rotasyonu, alfa ve split-half güvenilirlik testlerinden yararlanılmıştır.

Özkan vd. (2006) tarafından yapılan çalışmada hastaneye gelip sağlık hizmeti alan hastalar için hangi kalite boyutlarının daha önemli olduğunun belirlenmesi ve bu boyutların memnuniyet üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar sağlık hizmetlerindeki kalite yönetimi ve müşteri memnuniyeti uygulamalarına dair çok önemli bilgiler vermektedir.

Serbest (2006) yüksek lisans tezinde sağlık sektöründe müşteri davranışları üzerinde etkisi bulunan sunulan hizmetin kalitesi, kayıp hizmet değeri ve müşteri tatmininin birbirleriyle olan ilişkilerini açıklayan Cronin vd (2000) nin ortaya koyduğu modeli kullanmış ve bu model yardımıyla müşteri davranışları tahmin edilmeye çalışılmıştır. Uygulamada İstanbul'da bulunan 47 özel hastanenin toplam 870 hastası üzerinde bir anket çalışması yapılmış ve anketlerle toplanan veriler güvenilirlik ve normallik analizleri

için SPSS 13.0, model geçerliliği ve yapısal eşitlik analizleri için LISREL 8.51 paket programlarıyla değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, hizmet sektörünün önemli kollarından biri olan hastane kurumları için sunulan hizmetin müşteriler tarafından algılanmasının müşteri tatmini, müşteri değeri ve davranışsal amaçlar üzerindeki etkileri araştırılmış ve değişkenlerin birbiriyle olan ilişkileri incelenmiştir.

Uzun vd (2006) tarafından yapılan çalışmada yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin ve memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde yatarak tedavi gören 112 kadın hastaya anket uygulanmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS 9.0 istatistik programı ile yapılmıştır. Hastaların hastaneden ve doktordan gördüğü ilgi ve alakadan dolayı memnun kaldıkları, ayrıca sağlık hizmetlerindeki kalite ve hoşgörünün oluşması için beklenti içinde oldukları görülmüştür.

Devebakan vd (2007) çalışmasında SERVQUAL ölçeği kullanarak sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamıştır. Bu ölçekle Elazığ ilinde bulunan dört hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmüş ve hastaneler arasında karşılaştırma yapılmıştır. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ölçümünde, hastanelerin hasta beklentilerini karşılamadığı görülmüştür. Hastaneler algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından karşılaştırıldığında ise SERVQUAL skorları arasında anlamlı farklar ortaya çıkmıştır.

Zerenler ve Öğüt (2007) tarafından yapılan çalışmada hastanelerde hastaların algıladıkları hizmet kalitesini ölçmek ve hastane tercih nedenlerinin araştırılması için Konya'da dördü kamuya ait toplamda on hastanede anket uygulaması yapılmıştır. Ankete hastanelerden hizmet almış olan 374 hasta katılmıştır. Elde edilen verilere istatistiksel analizler uygulanmış ve bulgular mukayese edilerek incelenmiştir.

Kıdak ve Aksaraylı (2008) tarafından yapılan çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde hizmet kalitesi ölçümü için 2007 ve 2008 yıllarında yatarak tedavi gören

hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve yıllar itibariyle değişiminin izlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma özellikle hasta memnuniyetinin ard arda iki yıldaki değişiminin takip edilmesi açısından özgün niteliktedir. Hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla anket uygulanmıştır. İstatistiksel analizler t testi, varyans ve korelasyon analizleri kullanılarak yapılmıştır.

Önsüz vd (2008) tarafından yapılan çalışmada Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel tipteki bu çalışmada, Şubat 2006 tarihinde servislerde yatarak tedavi gören 135 hastaya yüz yüze görüşme yoluyla anket uygulanmıştır. Çalışmada, daha önce yapılmış çalışmalardan da yararlanılarak 61 soruluk anket formu geliştirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre hastaların çok büyük bir bölümü hastaneden memnun kalmıştır. Genel memnuniyet düzeyini etkileyen en önemli iki faktör ise odaların durumu ve doktorların becerileri olmuştur.

Karassavidou *et al.* (2009) çalışmalarında hastaların hizmet kalitesini nasıl algıladıklarını araştırmak, hastaların algılarını, beklentilerini ve kamu hastanelerinin sağladığı kaliteye ilişkin ilgili boşlukları değerlendirmek ve hastaların genel kalite algılarını etkilemede kalite boyutlarının önemini belirlemek amacıyla Yunan NHS hastanelerinde 137 hastaya anket uygulamışlardır. Ölçek olarak SERVQUAL ölçeği kullanılmış ve insan faktörü, yani doktor hasta ilişkisi, en önemli hizmet kalitesi faktörü olarak bulunmuştur.

Eggleston *et al.*'nin (2010) yaptıkları çalışmada Çin'de bulunan toplamda 362 tane devlet, özel ve vakıf sağlık işletmeleri mukayeseli biçimde incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, özel sağlık işletmelerinin hem personel hem ileri teknoloji ekipmanı hem de hasta memnuniyeti açısından diğer sağlık işletmeleri türlerine göre çok daha ileride oldukları tespit edilmiştir.

Emhan ve Bez (2010) tarafından yapılan çalışmada bir üniversite hastanesinde yatarak veya ayaktan tedavi gören hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastaların memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçla hastaların memnuniyet düzeylerini

değerlendirmek için iki anket oluşturulmuştur. Yatarak tedavi gören 379 ve ayakta tedavi gören 441 hasta ile yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır. Yatarak ve ayakta tedavi gören hasta grupları bazı memnuniyet değişkenleri açısından farklılıklar göstermişlerdir. Sosyo-ekonomik seviye ile hasta memnuniyeti arasında doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür.

Savaş ve Bahar (2011) tarafından yapılan çalışmada üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır. Araştırma, fakülte hastanesinin kalite biriminin yaptığı “Hasta Memnuniyeti Anketi” verileri kullanılarak yapılmıştır. Anket 3-8 Mayıs 2010 tarihlerinde yatarak tedavi gören 230 hastaya uygulanmıştır. Veriler yüzdeler, korelasyon ve ki-kare analizleri ile değerlendirilmiştir. Hastaların %73.5’i hastane hizmetlerinin “iyi” olduğunu belirtmiştir.

Baysal vd (2012) tarafından yapılan çalışmada müşteri memnuniyetini ölçmek amacıyla bir üniversitenin tıp fakültesi uygulama ve araştırma hastanesinde ayakta tedavi gören hastaların (müşterilerin) beklentileri analiz edilmiştir. SERVQUAL (Service Quality) ölçeği kullanılarak müşterilerin hizmet algıları ile beklentilerinin arasındaki fark irdelenmiştir. Çalışmada uygulanan yedili likert ölçeğindeki anket, beş boyutlu 22 sorudan oluşmuştur. Elde edilen sonuçlar dikkate alınarak, hastaların beklentilerinin daha iyi karşılanmasına ve hastanenin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

Yılmaz (2012) yüksek lisans tez çalışmasında bir devlet hastanesindeki müşteri memnuniyeti düzeyinin araştırılması ve yoğun bakım bölümünün performansının görüntülenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada çok değişkenli istatistiksel süreç kontrolü teknikleri olan Hotelling T2 kontrol grafiği ve Mason-Young-Tracy (MYT) Ayrıştırması tekniği kullanılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre hastane performansını görüntülemeye çok değişkenli Hotelling T2 kontrol grafiğinin başarılı bir yöntem olduğu belirlenmiştir. MYT Ayrıştırması tekniği ise kontrol dışı duruma sebep olan değişkenlerin ortaya çıkarılmasına katkı sağlamıştır. Çalışma, çok değişkenli kontrol grafiklerinin hizmet

sektöründe kullanılması yönünden diğer çalışmalardan ayrılmakta ve alanında öncülük etmektedir.

Karaca (2014) yüksek lisans tezinde hastaların sağlık hizmet kalitesine ilişkin beklentilerini belirlemeyi amaçlamıştır. Bu amaçla Aydın Devlet Hastanesi'nde rastgele seçilen 500 kişiye anket uygulanmıştır. Literatüre katkı yapabilmek için ölçeğin güvenilirlik boyutu dikkate alınmıştır. Araştırmada, Aydın Devlet Hastanesi'nin sağlık hizmetlerinin ne ölçüde yeterli olduğu, hastaların hizmet alımı sonrasındaki memnuniyet düzeyi, sorunların hangi alanlarda olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Tezcan vd (2014) tarafından yapılan çalışmada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki hastaların memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçla, geniş literatür taraması ve yapılan tartışmalar sonunda anket formu geliştirilmiştir. Çalışmaya Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde Mayıs-Haziran 2013 tarihinde sağlık hizmeti alan 102 hasta katılmıştır. Hekimin ilgisi ve zaman ayırması, kibar ve saygılı hizmet, ortamın temizliği ve konforu, mahremiyete saygı gösterilmesi ve bilgi verilmesi faktörlerinde yüksek hasta memnuniyet düzeyi görüşmüştür.

İlhan (2015) tarafından yapılan yüksek lisans tezinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (GÜTF) Hastanesi'nde ayakta tedavi gören hastaların ve refakatçilerin hastane çalışanları ve hastane hizmetlerinden beklentilerinin, memnuniyet düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada, GÜTF Hastanesi polikliniklerinde 17-26 Nisan tarihleri arasında sağlık hizmeti alan 18 yaş üstü kişilere anket uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS 15.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistik ile ki-kare testi kullanılmıştır. Hastaların tekrar Gazi Hastanesi'ni tercih etme ve başkalarına tavsiye etme oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel koşullar, temizlik ve hasta hekim ilişkisine dair sorunlar yaşandığı görülmüştür.

Kıdak vd (2015) tarafından yapılan çalışmada var olan hizmet kalitesi ölçeğinin yeni bir boyut eklenerek geliştirilmesi amaçlanmıştır. Eklenecek boyutun uyumluluğu geçerlilik

ve güvenilirlik testleri ile sınanmıştır. Yeni boyut sağlık hizmet kalitesindeki iyileşme ümidi ile ilgili beklentinin ve algının ölçülebilmesini sağlamıştır. Ölçeğin test edilmesi için Karşıyaka Devlet Hastanesi'nde ayakta tedavi gören 610 hastaya anket uygulanmıştır. Eklenen yeni boyutun kendi içinde ve diğer boyutlarla tutarlı olduğu ve diğer boyutlarla yüksek pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin yeni hali daha yüksek güvenilirlik değeri taşımaktadır.

Deniz (2016) tarafından yapılan doktora tezinde sağlık hizmet kalitesinin ölçümü için bir model kurularak açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmış, geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca kurulan modelde ölçek boyutlarının önceliklendirilmesi için kullanılacak bir yöntem de önerilmiştir. Geliştirilen ölçeğe Eskişehir'deki bir devlet hastanesinde yatarak tedavi gören 268 hasta katılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hastalar boyutları; personel kalitesi, fiziksel kalite ve süreç kalitesi şeklinde sıralanmışlardır. Yer verilen açık uçlu sorulara metin analizi gerçekleştirilmiştir. En çok refakatçi konusundaki isteklerin, otopark sorunlarının, oda koşullarının ve personel davranışların dile getirildiği görülmüştür.

Tan (2016) tarafından yapılan yüksek lisans tezinde Bingöl Devlet Hastanesi'nin polikliniklerine gelen ve yatarak tedavi gören hastaların sunulan hizmet kalitesini nasıl algıladıkları ve değerlendirdikleri, hizmet kalitesi ölçeklerinden biri olan SERVQUAL ölçeği ile incelenmiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra araştırma kriterlerini karşılayan 301 hastaya anket uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS programı vasıtasıyla değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır. Elde edilen veriler ışığında, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişki durumu incelenmiştir.

Bilgin vd (2017) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, sağlık hizmet kalitesinin ölçümünde Brady and Cronin (2001) tarafından ortaya konulan model esas alınmıştır. Model; etkileşim kalitesi, fiziksel çevre kalitesi ve çıktı kalitesinden oluşan üç boyutlu yapıdadır. Uygulama yeri olarak Bartın Devlet Hastanesi seçilmiş ve sağlık

hizmeti alan hastalara yüz yüze anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 18.0 ve LISREL 8.7 paket programları ile analiz edilmiştir.

Soba vd (2017) verilen sağlık hizmetlerinin müşteri memnuniyeti üzerine olası etkilerini incelemişlerdir. Bu amaçla Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde sağlık hizmeti alan 250 hastaya yüz yüze anket uygulanmıştır. Kullanılan anket, Yalçın ve Koçak'ın (2009) yapmış oldukları "Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma" adlı çalışmasında kullanmış oldukları anketin uyarlamasıyla elde edilmiştir. Anketten elde edilen veriler SPSS programı ile değerlendirilmiş ve sonuçlar Wilcoxon two sample testi ve Kruskal-Wallis testiyle analiz edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelenmiştir.

Bişkin (2018) devlet ve özel sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların (müşterilerin) sunulan hizmetin kalitesine ilişkin algılamalarının, onların memnuniyet düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla Konya İlinde bulunan devlet ve özel sağlık işletmelerinde yatarak tedavi gören hastalar arasından 599 kişiye yüz yüze anket uygulamıştır. Çalışmada kullanılan anket, Parasuraman *et al.*'ün (1985) yılında geliştirdiği SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli Ölçeği esas alınarak hazırlanan 44 sorudan oluşmaktadır. Keşifsel faktör analizi ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin alt boyutları belirlenmiş ve her bir boyutun hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin istatistiksel bakımdan anlamlı olup olmadığı regresyon analizi ile test edilmiştir. Araştırma sonucunda, hastaların algıladıkları hizmet kalitesi açısından devlet ve özel sağlık işletmeleri arasında bazı farklılıklar olduğu; hekimler dışındaki diğer sağlık personeli ve hastanede sunulan yiyecek hizmetlerine ilişkin kalite algısının hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkileri olduğu belirlenmiş ve çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Yapılan bu çalışmalarda genel olarak hastaların hizmet kalitesi algılarını ve memnuniyetlerini ölçmeye yönelik anketler uygulanmış veya ölçekler geliştirilmiştir.

Ayrıca sağlık çalışanlarının performans ve memnuniyetlerini ölçmeye yönelik ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan önemli görülen bir kısmına ilişkin bilgiler izleyen paragraflarda zet olarak sunulmuştur.

Tutar (2007) alışmasında Erzurum'da kamu ve özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarının örgütsel işlem adaleti algılarını ve bunun iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmada, rgtsel işlem adaletinin iş tatminini doğuracağı ve bunun da örgütsel bağlılığı artıracadı düşüncesi esas alınmıştır. Elde edilen bilgilere göre örgütsel işlem adaleti iş tatminine, iş tatmini ise, duygusal bağlılığa katkı sağlamaktadır. Ayrıca araştırmada çalışanların amaçları ile örgütsel amaçların aynı doğrultuda olması halinde, iş doyumunun artacağı anlaşılmıştır.

Tzn vd (2008) alışmalarında hekimlerin iş doyumunu seviyelerini ve olası ilişkili faktörlerin iş doyumuna etkilerini incelemişlerdir. Bu amaçla, Eskişehir il merkezinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan 147 hekim ile anket çalışması yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, ankete katılan hekimlerin iş doyumlarının orta seviyede olduğu saptanmıştır. İş doyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve düzeltilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

Vural vd (2012) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca memnuniyet düzeyine ve kurumdan ayrılma niyetine etki edebilecek yönetim ve çalışma ortamı ile ilgili faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın sonucunda çalışma ortamı, yönetimin tutumu ile kurumdan ayrılmayı düşünmeme arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Hizmet içi eğitimlerin yapılması ve çalışılan bölümün işleyişinde önerilere açık olunması, kurumdan ayrılmama düşüncesini etkileyen temel faktörler olarak saptanmıştır.

Knarcı (2016) tarafından yapılan yüksek lisans tez çalışmasında sağlık kurumlarındaki çalışanların motivasyonunu etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada, alışanların motivasyonunu etkileyebilecek faktörleri içeren toplam 44 soruluk anket test tekrar test

yöntemi kullanılarak aynı kurum içinde iki defa uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 17 programı vasıtasıyla yorumlanmıştır. Buna göre mali teşviklerin gerekli olup, ancak tek başına yeterli olmadığı sonuca varılmıştır. Ayrıca performans yönetimi, kariyer geliştirme, çalışma ortamı ve beceri geliştirme imkânları, yöneticilerin çalışanlara verdiği değerleri göstermeleri ve çalışana işe uygun sorumluluklar yüklemenin çalışan motivasyonunu yükselteceği, mobbing faktörünün ise olumsuz yönde etki yapacağı görülmüştür.

SAGEM (2017), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından yapılan “Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması” adlı çalışmada sağlık personelinin memnuniyet düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile yapılan değişikliklere yönelik görüş ve önerilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma evrenini, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında, 1, 2 ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Elde edilen verilerin analizleri sonucu memnuniyet düzeylerinde etkili olan boyutlar üzerinde durulmuş, hizmet kalitesi boyutları ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca sağlıkta hizmet kalitesini ve çalışanların memnuniyetini artıracak uygulamalar hakkında bilgi verilmiştir.

Uzuntarla vd (2017) tarafından yapılan çalışmada sağlık sektöründe çalışanların performanslarının incelenmesi ve sosyo-demografik faktörlere göre farklılık olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada, Bingöl ilindeki sağlık sektöründe çalışan 105 personele anket uygulanmıştır. Kullanılan ankette sosyo-demografik özellikleri ve çalışan performansını belirlenmesine yönelik maddeler bulunmaktadır. Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler frekans analizi, Bağımsız t testi ve Mann Whitney-U testi ile yapılmıştır. Analizler sonucunda çalışan performansının puan ortalaması $45,06 \pm 10,95$ olarak bulunmuştur. Bu da ankete katılan çalışanların performansının ortalamasının altında olduğunu göstermiştir. Sosyo-demografik özelliklere göre çalışan performansı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Çalışanların performanslarının yükseltilmesi için

yapılacak çalışmaların sağlık yöneticilerinin konuya olan farkındalıklarının artmasında katkısı olacağı düşünülmektedir.

Akbaba vd'nin (2018) çalışmasında sağlık evlerinde çalışan ebelerin çalışma şartlarının ve memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesini amaçlamıştır. Sağlık evlerinde çalışan tüm ebelere 11 Mayıs - 12 Haziran 2017 tarihleri arasında online ortamda anket gönderilmiştir. Çalışmada, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış olan Sağlık Evi Ebeleri Anketi kullanılmıştır. Toplam 3510 ebeden 2676'si çalışmaya katılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS programı kullanılmıştır. Veriler, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, sağlık evi ebelerinin mesleki memnuniyetlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ebelerin özlük hakları konusunda bazı taleplerinin olduğu ve sağlık evlerinin fiziksel durumları konusunda yetersizlikler olduğu belirlenmiştir.

Literatürde karşılaşılan hem hasta hem de çalışan memnuniyetini ölçmeye yönelik çalışmalar ise izleyen paragraflarda özet olarak sunulmuştur.

Yalçın ve Koçak (2009) çalışmalarında müşteri memnuniyeti ile müşteri tatmininin çoğu zaman aynı anlamda kullanılmasına rağmen birbirinden farklı kavramlar olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma sağlık sektöründe müşteri memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla keşifsel olarak Niğde Devlet Hastanesi'nde çalışanlar ve hastalar üzerinde yürütülmüştür. Araştırmaya hastaneye muayene için gelen poliklinik hastalarından 100 ve hastane çalışanlarından 100 kişi katılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu oluşturulmuş ve çalışanlar ile hastaların memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucuna göre müşteri memnuniyetinin tam olarak sağlanamadığı görülmüştür.

Erdugan vd (2017) çalışmalarında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran ayaktan hastaların ve çalışan hastane personellerinin memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve bu memnuniyete etki eden değişkenlerin ve

ağırlıklarının belirlenmesi amaçlamıştır. Ayaktan hasta için geliştirilen ölçek “Diğer Personel”, “Fiziki Olanak” ve “Hekim” olarak adlandırdıkları üç bölümden oluşmuştur. Personel için geliştirilen ölçek ise “Kişisel Özellik”, “Çalışma Ortamı” ve “Yönetici” olarak adlandırdıkları üç bölümden oluşmuştur. 1349 ayaktan hasta ve 253 çalışan personel ile yüz yüze anket gerçekleştirilmiştir. Yanıtlanan anket formlarından elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak memnuniyet düzeyi belirlenmiştir. Ayrıca memnuniyet düzeyini etkilediği düşünülen bazı değişkenler arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir.

Yapılan önceki çalışmalarda hizmet kalitesi ölçümleri müşteri veya çalışan (iç müşteri) algısına göre yapılmıştır. Literatürde çalışan algılarının, müşteri algılarının bir öncülü olduğuna yer verilerek genellikle müşteri (hasta) algıları üzerine yoğunlaşmaktadır (Voon *et al.* 2014). Hizmet kalitesinin ölçümünde hem hasta hem de çalışan memnuniyetine yer veren çalışma sayısı oldukça azdır.

Bu çalışmayı alandaki diğer çalışmalardan farklı kılan, aynı anda iki ayrı hastanenin hastalarına ve çalışanlarına yönelik geliştirilen ölçekler ile hastanelerde hizmet kalitesi ölçümünü gerçekleştirmektir. Geliştirilen ölçekler daha önce başka bir çalışmada kullanılmamış, çalışmaya özgü olarak hazırlanmıştır. Çalışanlar hem kendi performanslarını değerlendirmişler hem de memnuniyetlerini bildirmişlerdir.

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Kalite

3.1.1. Kalite kavramı

Kişiden kişiye farklı şekillerde anlaşıldığı için genel olarak uzlaşılan bir kalite tanımı yapmak zordur. Farklı kalite tanımlarının yapılması; Lam (2000) göre kültür, çevre, sosyo-ekonomik durumların, demografik faktörlerin farklılaşmasından ve kalitenin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır (Deniz 2016). Bu nedenle araştırmacılar ve kurumlar kalite ile ilgili farklı tanımlamalar yapmaktadır.

Kalitenin araştırmacılar tarafından yapılan tanımlarını aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kalite, kullanım amacına uygunluktur (Juran 1988).
- Kalite herhangi bir hizmetin veya ürünün amaca, kullanıma ve şartlara uygunluğu veya mükemmeli aramanın sistemli bir yaklaşımıdır (Tarım 2000).
- Kalite, ürünün müşteriler tarafından değinilen veya ima edilen istekleri karşılayabilme yeteneğine sahip niteliklerinin toplamıdır (Kotler and Armstrong 2001).

Kurum ve standartların kalite ile ilgili tanımlamaları ise şöyledir:

- Kalite; ürün ya da hizmeti ekonomik bir şekilde üreten, tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir (Japon Sanayi Standartları Komitesi – JIS).
- Kalite, bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır (TSE).

Tanımlar incelendiğinde ortak ifade edilecek fikirlerin, müşteri ihtiyaçları ve müşteri beklentilerini karşılayabilme kabiliyeti ve etkinliği etrafında toplandığı görülmektedir.

Bu sebeple kalitenin tanımları, çoğunlukla müşterilerin satın aldıkları ürün veya hizmete bakış açılarından oluşmaktadır (Arıkboğa 2003).

Kalite, müşteriler ve firmalar için farklı anlamları içerebilmektedir. Müşteriler için kalite; kullanılabilirlik, güvenilirlik ve sağlık, tatmin anlamını içerirken, firmalar için ise; çalışanların tatmini, maliyetlerin azalması, verimliliğin artması, kârlılığın artması ve bunun sonucunda pazar payının artması anlamını içermektedir (Anonim 2018a).

3.1.2. Kalitenin tarihsel gelişimi

Kalite olgusu, insanların ve sistemlerin hata yapmaması ve mükemmele ulaşma arzusundan ortaya çıkmıştır. Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen “Qualis” kelimesinden türetilen “Qualitas” kelimesiyle ifade edilmiştir (Şimşek 1998).

Kalitenin tarihsel gelişimi; muayene, kalite kontrol, kalite güvencesi ve toplam kalite olarak dört başlık altında incelenebilir.

3.1.2.a. Muayene

Efil'e (1996) göre muayene aşamasının temel amacı tüketicinin hatalı ürün sahibi olmasını önlemektir. Bu aşama tüketiciyi korurken üreticiyi zor durumda bırakabilir. Muayene işlemi, üretimin son aşamasında yapılmasından dolayı, üreticiler açısından hatalı ürünlerin oluşmasına, kaynak israfına ve maliyetlerin artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle üreticilerin de korunduğu bir sistem için çalışılmış ve kalite kontrol aşamasına geçilmiştir (Taşçı 2013).

3.1.2.b. Kalite kontrol

Kontrol, bir faaliyetin önceden belirlenen kurallar ile belirli amaçları gerçekleştirecek şekilde yürütülmesini sağlama fonksiyonudur. Kalite kontrolü; ürün kalitesini

geliştirmeyi, ulaşılan kalite seviyesini sürdürmeyi ve ürün maliyetini optimum seviyede tutmayı amaçlamaktadır (Taşçı 2013).

İstatistiksel kalite kontrol, bir ürünün ekonomik ve faydalı bir biçimde üretilmesini sağlamak amacıyla önceden saptanan kalite standartlarına uygunluğunu sağlamak ve kusurlu üretimi en aza indirmek için istatistiksel yöntemlerin kullanılmasıdır (Anonim 2015a).

Feigenbaum (1983) kalite kontrol fonksiyonunun aşağıdaki temel aşamaları kapsadığını belirtmiştir:

- Standartların Belirlenmesi: Tepe yönetimi politikaları, müşteri istek ve beklentileri ile teknolojik imkânlar dikkate alınarak, ürün kalitesi ile ilgili maliyet, güvenilirlik ve performans standartları belirlenir.
- Uygunluk Değerlendirmesi: Ürünün kalite özelliklerinin, önceden belirlenmiş standartlara uygunluğu değerlendirilir.
- Düzeltici Kararlar Alınması: Standartlardan kabul edilebilir limitlerin dışına çıkan sapmalar olduğunda gerekli düzeltici kararlar alınır.
- Geliştirme Çalışmaları: Kalite ile ilgili maliyet, güvenilirlik ve performans standartları geliştirilir; yeni yöntem ve teknolojik imkânlar araştırılır.

3.1.2.c. Kalite güvencesi

Çoruh'un (1998) bahsettiğine göre İkinci Dünya Savaşından sonraki yıllarda (1950) üretim hatalarının minimize edilmesi ve müşteri güveninin sağlanması amacıyla üretim birimlerinin uyumlu hareket etmeleri ve kalitenin herhangi bir dış kuruluş tarafından onaylanıp belgelendirilmesi yaygınlaşmıştır (Tan 2016). Bu sayede "Kalite Güvencesi" aşaması yaşama geçmiştir.

Kalite güvencesi, ürün ya da hizmetin önceden saptanmış kalite standartlarını oluşturan ve muhafaza eden yöntemleri, kuralları ve politikaları içeren sistemdir. Kalite güvence sistemi, kaliteye etki eden hem iç hem de dış unsurları kapsamaktadır (Taşçı 2013).

3.1.2.d. Toplam kalite aşaması

Toplam kalite yaklaşımı, mevcut ve gelecek arasında ilişkiyi kurup aradaki geçişi kolaylaştırması açısından tüm dünyada kabul görmüş bir yönetim felsefesidir (Sakallı 2007). Felsefenin temeli sistemden elde edilen çıktının kalitesi değil, her aşamada kalitenin sağlanmasına dayanır (Gülmez ve Çetinkaya 1999).

3.1.3. Kalitenin boyutları

Kuzu'nun (2010) belirttiğine göre kalitenin değişik ve çok sayıda tanımının olmasının sebebi, birden fazla boyutu içermesinden kaynaklanır. Kalite boyutları kalitenin daha iyi anlaşılmasını sağlar. Özevren (1996) insanların arzu ve gereksinimlerinin çok çeşitlendiğini, fakat bunları standart bir şekilde belirlemenin zor olduğunu ifade etmiştir. Kalite, herkesin farklı beklentilerine cevap vereceği için birçok ürün veya hizmete uygulanan standart kalite boyutları vardır.

Kalite boyutlarından en geniş kapsamlı olan Garvin (1984) tarafından geliştirilen 8 boyuttur (Elmacı 2001). Bu boyutlar şu başlıklar halinde sıralanabilir:

1. Performans (işlevsellik)
2. Özellikler
3. Sağlık & Dayanıklılık
4. Güvenilirlik
5. Estetik
6. Uygunluk
7. Servis Kolaylığı
8. Algılanan Kalite

Ürönlere göre boyutların önemlilik sırası değişkenlik gösterir. Örneğin mobilya seçiminde bir koltuğun rengi için estetik özelliği ilk sıralarda iken mobilyanın sağlam veya dayanıklı olması sonradan aranılan özelliktir.

3.2. Toplam Kalite Yönetimi

Özveren'in (2000) belirttiğine göre Toplam kalite yönetimi (TKY), bir kuruluş içinde kaliteyi odak alan, kuruluşun bütün üyelerinin katılımına dayanan, müşteri memnuniyeti yoluyla uzun vadeli başarıyı amaçlayan ve kuruluşun bütün üyelerine ve topluma yarar sağlayan yönetim yaklaşımıdır.

TKY birbirini tamamlayan ilkelere oluşmuştur. Bu ilkeler, şöyle sıralanabilir:

- Müşteri odaklılık/müşteri tatmini,
- Tam katılım ve takım çalışması,
- Sürekli eğitim,
- Sürekli gelişme/Kaizen,
- Liderlik,
- Motivasyon,
- Hata önlemeye dönük yaklaşım/sıfır hata,
- Ölçme ve değerlendirme.

Rayburn (1996) TKY'nin amacını, üretim sürecinin sonunda çıktıların kontrolünü beklemek ya da kabul edilebilir sınırlar içinde kalmak için uğraşmak yerine, tüm kayıpları ortadan kaldırmak olarak ifade etmiştir. Toplam kalite yönetimin amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Savurganlığı önleme,
2. İşlem zamanlarını kısaltma,

3. Maliyetleri düşürme,
4. Devamlı kaliteyi artırma,
5. Verimliliği yükseltme,
6. Sürekli iyileştirme ve gelişme.

TKY ile müşteri ve çalışanların memnuniyeti, üretilen mal veya hizmetlerin insanlar üzerindeki etkisi, iletişim etkinlikleri ve kalite maliyetleri (kalitesizlik) gibi hususlar ölçülebilir (Sakallı 2007).

3.3. Hizmet ve Hizmet Kalitesi

3.3.1. Hizmet kavramı

Hizmetlerin fiziksel mallardan farklı olması tanımının yapılmasını zorlaştırmaktadır. Fakat pek çok araştırmacı ve yazar tarafından tanımlanmaya çalışılmıştır.

Neal vd. (1994) hizmetlerin, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması amacıyla üretilen soyut ürünler olduğunu belirtmiştir. Karahan'a (2000) göre ise hizmet "müşteri ile hizmet sunucularının karşılıklı olarak birbirleri ile iletişim kurmalarını gerektiren sosyal faaliyetlerdir." (Zerenler ve Öğüt 2007) .

Hizmetler değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Eğitim, sağlık, perakendecilik, toptancılık, taşımacılık, sigortacılık, bankacılık, eğlence, turizm, danışmanlık ve iletişim gibi sektörler hizmet sektörleri içerisinde bulunmaktadır (Deniz 2016).

Serbest (2006) ve Öner'in (2009) bildiğine göre Ghobadian *et al.* (1994), Mucuk (1994), ve Bergman and Klefsjö (1994) hizmetlerin, mallardan ayrılan çeşitli karakteristik özelliklerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu özellikler şu şekilde sıralanmıştır:

- **Dokunulmazlık (soyutluk):** Görme, duyma, elle tutma, bir ölçü birimiyle ifade etme, sergileme, paketlenme ve taşınma gibi faaliyetlerin hizmet için yapılamayacağı anlamına gelir.
- **Heterojenlik (türdeş olmama):** Hizmetlerin çeşitlilik göstermesinden dolayı belirli standartları yoktur. Hizmet üretimi temelde insan davranışlarıyla şekillenir. Bu da aynı kişinin ürettiği hizmetlerde bile farklılık olabileceğini gösterir. Hizmetlerdeki bu farklılık zamana, alıcıya, üreticiye, tüketiciye, üretici ile tüketici arasındaki ilişkiye ve içinde bulunulan duruma göre oluşabilir.
- **Ayrılmazlık (eş zamanlı üretim ve tüketim):** Hizmetin önce satılıp daha sonrasında ise üretim ve tüketimleri aynı anda gerçekleşmesi sebebiyle hizmetin tedarikçileri, tedarikçiler insan yahut makine de olsa, ayrılamaz ve bölünemez.
- **Dayanıksızlık (depolanamaz oluşu):** Bu özellik, herhangi bir mal için yapılabilecek stoklama, saklama, iade edilebilme ve yeniden satılma gibi faaliyetlerin hizmet için yapılamayacağı anlamına gelir.
- **Sahiplik:** Hizmeti satın alan kişi hizmetin mülkiyetini değil yalnızca belirli bir süre kullanım hakkını almaktadır. Sahip olunan hizmetten elde edilen faydadır.

3.3.2. Hizmet kalitesi kavramı

Öner'in (2009) aktardığına göre Yılmaz vd. (2007) hizmet kalitesini, “verilen hizmetin müşteri beklentilerinin ne kadarını karşılayabildiğinin bir ölçüsü” olarak tanımlamışlardır. Kalitenin müşterinin algıladığı performans seviyesi ya da hizmetin müşteriye tatmin etme seviyesi olduğunu, kaliteli hizmet vermenin ise müşteri beklentilerinin karşılanabilmesi olarak belirtmişlerdir. Wang *et al.* (2004) göre ise hizmet kalitesi, “geleneksel olarak müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki fark”tır.

Uyguç'a (1998) göre hizmetlerin soyut olması, hizmet kalitesinin de soyut olmasını gerektirir. Bu sebepten hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır.

Beklenen hizmet kalitesi kavramı, müşterinin kendisine sunulacak mevcut hizmet sürecinden beklentilerini ifade etmektedir (Dursun 2011).

Kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman *et al.* (1985) hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirmişlerdir. Algılanan hizmet kalitesini, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucu olarak belirtmişlerdir (Devebakan ve Aksaraylı 2003). Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılmasına içeren bu yaklaşıma göre;

- Beklenen hizmet > Algılanan hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici değildir ve hizmet kalitesi kabul edilemez düzeydedir. Müşteri beklentileri karşılanamamıştır. Bu da müşteri memnuniyetsizliğine yol açar.
- Beklenen hizmet = Algılanan hizmet ise, kalite tatmin edicidir ve kabul edilebilir düzeydedir.
- Beklenen hizmet < Algılanan hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici kaliteden daha yüksektir ve ideal kalite düzeyini oluşturur (Sevimli 2006).

3.3.3. Hizmet kalitesinin boyutları

Serbest'e (2006) göre hizmet kalitesinin kavranabilmesi ve yönetilebilmesi için hizmet kalitesini farklı bileşenlere ayırmak önemlidir. Böylelikle bu olgu somutlaştırılabilir hale gelecektir. Hizmet kalitesini etkileyen boyutlar ile ilgili tam bir fikir birliği olmamakla beraber araştırmacıların farklı yaklaşımları bulunmaktadır.

Hizmet kalitesi boyutlarından en geniş kapsamlı olan ve literatürde en yaygın kullanılan Parasuraman *et al.* (1985) tarafından geliştirilen 10 hizmet kalitesi boyutudur. Serbest'in (2006) aktardığına göre Bulgan ve Gürdal (2005) bu boyutları aşağıdaki gibi özetlemiştir:

1. **“Fiziki Varlıklar:** Kullanılan aletlerin, iletişim malzemelerinin, personelin ve hizmet verilen yerin fiziki görünümü,

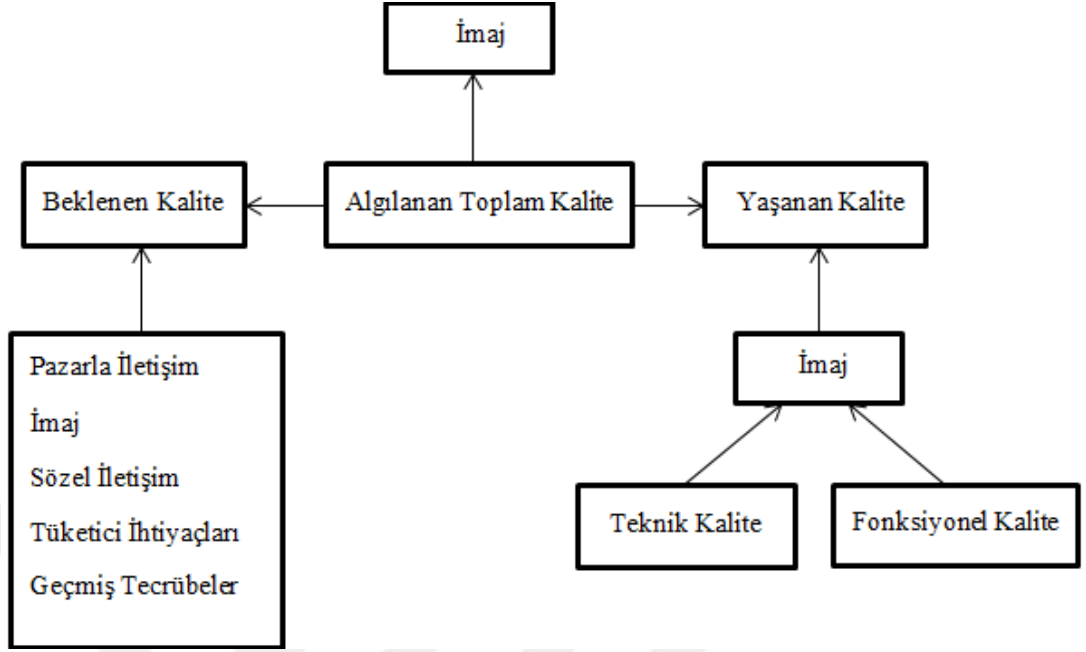
2. **Güvenilirlik:** Kusursuzluk, güvenilirlik, sözünde durmak,
3. **Yanıt Verme:** Zamanında ve çabuk hizmet sunmak, heveslilik ve yardımseverlik,
4. **Yetkinlik:** Hizmeti sunmak için gerekli bilgiye ve beceriye sahip olmak,
5. **Nezaket:** Saygı, anlayış, nezaket ve arkadaşça yaklaşım,
6. **İtibar:** Dürüstlük ve inanılabilirlik,
7. **Güven:** Tehlikeden, riskten kaçınmak ve emniyet teminatı vermek,
8. **Ulaşılabilirlik:** Ulaşım ve erişim kolaylığı,
9. **İletişim:** Etkili iletişim, müşteriyi dinlemek ve onun ile anlayacağı dilden konuşmak,
10. **Müşteriyi anlamak:** Müşterileri ve müşterilerin ihtiyaçlarını anlamaya çalışmak.”

3.3.4. Hizmet kalitesi modelleri

Hizmet kalitesini ölçerken yararlanılabilecek temelde birbirine benzeyen farklı hizmet kalitesi modelleri ve ölçekleri mevcuttur. İzleyen kesimlerde bu model ve ölçeklerden en yaygın kabul edilenler açıklanacaktır.

3.3.4.a. Grönross'un algılanmış hizmet kalitesi modeli

Şekil 3.1'de gösterilen model Grönross'a ait algılanmış hizmet kalitesi modelidir (Soğancı 2012). Hizmet kalitesini ölçebilmek için geliştirilen ilk modeldir. Mohammad (2007) bu modeli, merkezde müşterinin hizmetten beklentileri, müşterinin algısı ve tecrübeleri arasındaki pozitif ilişkileri savunmakla birlikte müşterinin kaliteyi algılayış biçimine göre kaliteyi değerlendiren bir model olarak tanımlamaktadır (Tan 2016).



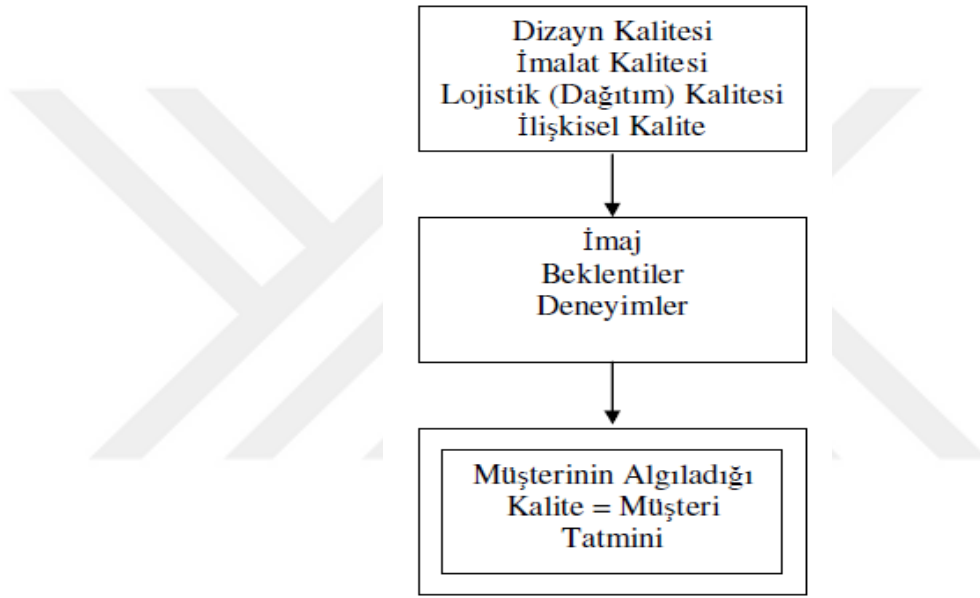
Şekil 3.1. Grönroos'un hizmet kalitesi modeli

Öner'in (2009) bildirdiğine göre Grönroos (1984); temel olarak müşteriler tarafından hizmet kalitesinin algılanma şeklini, teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olarak 3 boyutta değerlendirmiştir. Bu boyutlar aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

- **Teknik kalite:** Hizmet sunumu sürecinde müşterinin “ne” aldığı ile alakalıdır (örneğin müşterinin taksiye binip yolculuk yapması veya bir müşterinin otel odasını tutması). Grönroos, tüketicilerin teknik kaliteyi daha objektif değerlendirdiği görüşündedir.
- **Fonksiyonel kalite:** Aşamalarla alakalıdır. Ürünlerin ya da sonuçların objektif kalitesi tüketicilerin algılanan toplam hizmet kalitesini tanımlaması için yeterli olmadığından, fonksiyonel kalite alınan hizmeti subjektif olarak değerlendirir. Tüketicilerin hizmeti veya teknik kaliteyi “nasıl” algıladığı ile ilgilenir ve teknik kalite gibi kolay değerlendirilemez.
- **Firma imajı:** Tüketicilerin hizmet veren firmayı nasıl algılandıkları ile alakalıdır. Firma imajı, teknik ve fonksiyonel kalitenin bir sonucudur. Grönroos'a göre imaj bir kalite ölçütüdür. Çünkü imaj hem beklentileri hem de teknik ve fonksiyonel kalite sunumu seviyesi ile algılanan hizmet kalitesini etkileyebilmektedir (Devebakan 2005).

3.3.4.b. Gummesson'un "4Q" hizmet kalitesi modeli

1987 yılında Gummesson ileri teknoloji üreten bir şirkette deneysel modellerle çalışarak bu modeli ortaya çıkarmıştır. Model, hizmet sunucularının kaliteye ruhsal bir yaklaşım açısı ile bakmalarını sağlamaktadır. Gummesson'dan (1993) uyarlanan model Şekil 3.2'de verilmiştir.



Şekil 3.2. Gummesson'un "4Q" hizmet kalitesi modeli

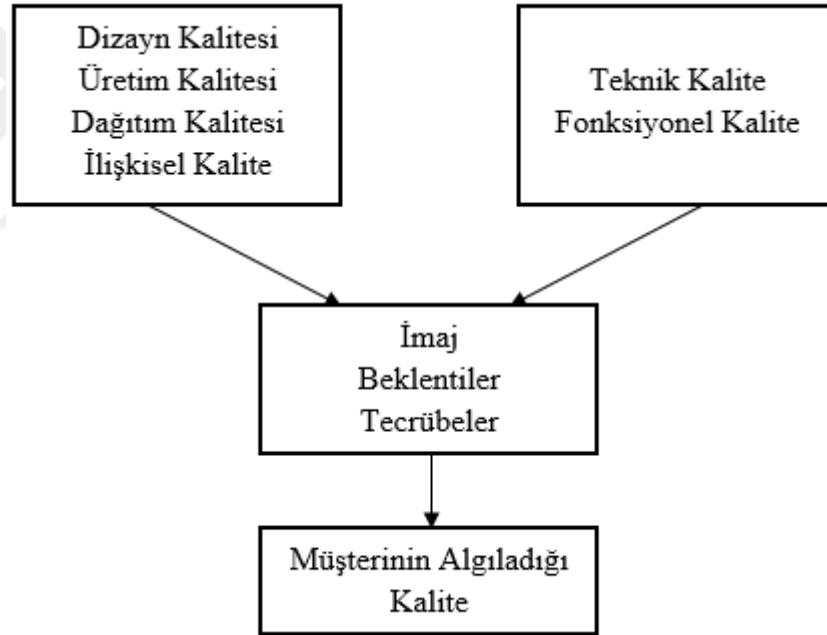
"4Q" hizmet kalitesi modeli hem müşteriye hem de üretime odaklanır. Model, dizayn aşamasından başlayarak hizmetin müşteriye sunulması ve kabul edilmesi aşamasına kadar hizmet sürecindeki doğru kalitenin sağlanmasının önemini vurgular. Modele adını veren 4Q şunlardır:

- **Dizayn kalitesi** (Design Quality): Müşteri ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda tasarlanmasıdır.
- **Üretim kalitesi** (Production Quality): Ürünün tasarlanmasına göre doğru şekilde üretilmesidir. Sadece imalatla ilgili olmayıp dizayn, satış ve pazarlama bölümleriyle de ilişkilidir.

- **Dağıtım kalitesi** (Delivery Quality): Doğru ürünlerin zamanında ve güvenli bir şekilde yükleme, taşıma ve boşaltma işlemlerinin yapılması ile ilgilidir.
- **İlişkisel kalite** (Relational Quality): İşletme içindeki ve dışındaki insanlar arasında oluşan profesyonel ve sosyal ilişkiler ile ilgilidir.

3.3.4.c. Grönroos ve Gummesson hizmet kalitesi modeli

Bu model Gummesson'un (1988) malların kalitesine ilişkin geliştirdiği 4Q modeli ile Grönroos'un (1984) önerdiği hizmet kalitesi modelinin birleşimi şeklindedir. Bütünleşik model Şekil 3.3'de gösterilmiştir (Seyran 2004).



Şekil 3.3. Grönroos ve Gummesson hizmet kalitesi modeli

Modelde 4Q'yu kapsayan dizayn kalitesi, üretim kalitesi, dağıtım kalitesi ve ilişkisel kalite ile Grönroos'un önerdiği 2Q (teknik ve fonksiyonel kalite) birleştirilerek 6 kalite bileşeni belirlenmiştir (Deniz 2016). Bu bileşenler müşterilerin imaj, beklenti ve tecrübeleri vasıtasıyla algıladıkları kaliteyi etkilemektedir.

3.3.4.d. Kano modeli

Dr. Noritaki Kano ve meslektaşları tarafından geliştirilen Kano modeli, müşterinin taleplerini belirlemek için kullanılan hizmet kalitesi modelidir. Model, müşteri taleplerini karşılayacak olan ürün/hizmet özelliklerini; normal kalite, beklenen kalite ve heyecan verici/çekici kalite olmak üzere üç boyutta sınıflandırmaktadır (Değer 2012).

Deniz'in (2016) aktardığına göre Kayral (2012), Kano *et al.*'ün (1984) normal kalite, beklenen kalite ve heyecan verici/çekici kaliteyi şu şekilde açıkladığını belirtmiştir:

- **Normal kalite:** Müşteriye sorulduğunda cevabının doğrudan alındığı tipik gereksinimler,
- **Beklenen kalite:** Gerçekleştirilmesi çoğunlukla müşteride pozitif bir etki oluşturmazken, gerçekleştirilmemesi büyük tatminsizliğe sebep olan gereksinimler,
- **Heyecan verici / çekici kalite:** Karşılanmaması müşteride herhangi bir problem doğurmazken, karşılanması halinde müşteri memnuniyetini beklenmedik derecede arttıran ve belirlenmesi diğerlerine göre daha güç olan gereksinimler.

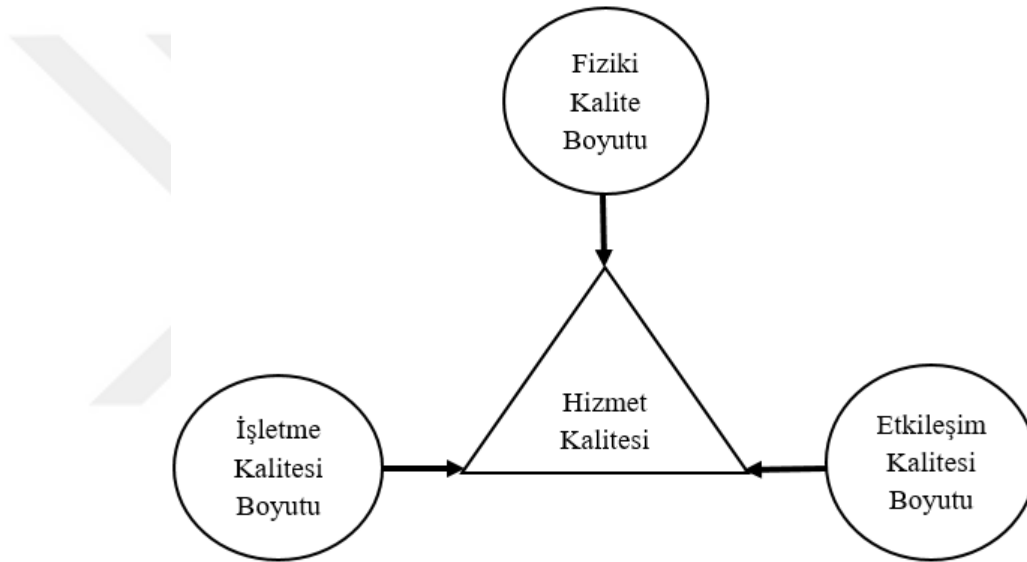
Matzler and Hinthuber (1998) Kano yöntemiyle müşteri ihtiyaçlarının sınıflandırılmasının yararlarını aşağıdaki gibi maddeler halinde sıralamışlardır (Deniz 2016):

- Ürün ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasını sağlar.
- Ürün geliştirme adımında ödünleşme kararlarında büyük ölçüde katkı sağlar.
- Farklı türdeki müşterilerin fayda beklentileri farklı olacağı için en iyi memnuniyet düzeyine erişilmesinde katkı sağlar.
- Heyecan verici ihtiyaçların belirlenerek karşılanması durumunda rekabet avantajı elde edilir.
- Kalite Fonksiyon Göçerimi'nde müşteri memnuniyeti için ürün özelliklerinin önceliklendirilmesinde kullanılır.

3.3.4.e. Lehtinen-Lehtinen hizmet kalitesi modeli

Farklı türdeki lokantalarda çalışmalar yapan Lehtinen and Lehtinen (1991), hizmet kalitesini üç boyutlu (fiziksel kalite, etkileşim kalitesi ve işletme kalitesi) ve iki boyutlu (süreç ve çıktı kalitesi) iki yaklaşımla ele almışlardır.

Şekil 3.4’de üç boyutlu hizmet kalitesi modeli verilmiştir (Kuzu 2010).



Şekil 3.4. Lehtinen-Lehtinen hizmet kalitesi modeli

Walbridge and Delene (1993), bu modelde bulunan fiziksel kalitenin Grönroos’un modelindeki teknik kalite ve Parasuraman’ın modelindeki çıktı kalitesi ile aynı anlama geldiğini; etkileşim kalitesinin ise Grönroos’un modelinde bulunan fonksiyonel kalite ve Parasuraman *et al.* (1985) çalışmalarındaki süreç kalitesi ile aynı anlama geldiğini ifade etmektedir. Üç boyutlu modelde bulunan işletme kalitesi de Grönroos modelindeki imaj bileşeni ile örtüşmektedir (Zengin ve Erdal 2000). Lehtinen and Lehtinen’in (1991) modelindeki farklılık etkileşim kalitesinin sadece müşteri ile işletme arasında değil, müşteriler ile diğer müşteriler arasında ele alınmasıdır (Kayral 2012).

3.3.4. f. Normann'ın hizmet kalitesi modeli

Normann (1991); kapsamlı ve dengeli bir kalite yaklaşımının “hizmet paketini, hizmet veren ve personel ile müşteri arasındaki etkileşimi, hizmet sunum sürecini ve hizmet yönetim sisteminin değişir (esnek) ve değişmez (katı) özelliklerini” tüm yönleri ile içermesi gerektiğini belirtmiştir. Hizmet kalitesinin bu özellikleri ise şu şekilde açıklanmaktadır:

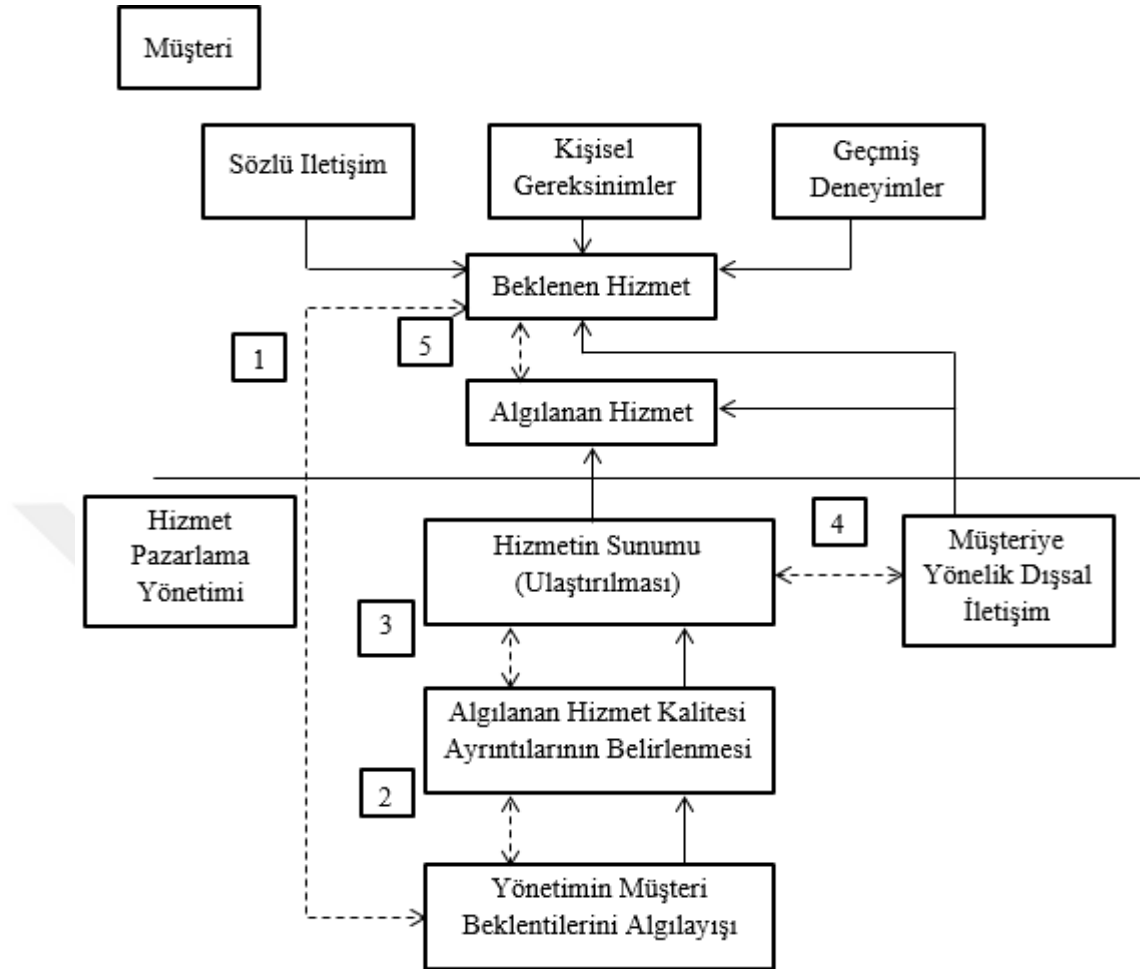
- a) **Değişir (esnek) özellikler:** Hizmet sunan personelin müşteriye nazik olup yardımcı olması, yakınlık ve ilgi göstermesi gibi özelliklerdir.
- b) **Değişmez (katı) özellikler:** Kaybolan bir kredi kartının düzenlenmesi için kaç gün gerektiği, bir otobüsün kalkış zamanı vb. özellikler kalitenin açık, kesin ve nesnel ölçütlerle ölçülebilen ve müşteriye doğrudan etkileyen özelliklerdir.

Modele göre kalitenin değişmez ve değişir özellikleri birbirleri ile etkileşim halindedir. Normann, hizmet sisteminin, bir bütün olarak, hizmet sunum sürecini, bunun da hizmet kalitesini etkileyeceğinden bahsetmiştir (Öner 2009).

3.3.4.g. Kavramsal hizmet kalitesi modeli

Parasuraman *et al.*(1988) tarafından geliştirilen bu modelde, hizmet sunan işletmelerin anlayışı ve uygulamaları ile hizmet alan müşterilerin hizmetten bekledikleri ve hizmet aldıktan sonra ortaya çıkan gerçek hizmet arasındaki boşluklar ve bu boşlukların kaynağı yer almaktadır (Saat 1999).

Şekil 3.5’de verilen modeldeki 5 tip boşluk aşağıda sırasıyla açıklanmıştır.



Şekil 3.5. Kavramsal hizmet kalitesi modeli

Birinci Boşluk: Müşterilerin beklediği hizmet ile yönetimin beklentileri algılayışı arasındaki farktır. Yönetimin müşteri beklentilerini tam olarak bilmemesinden kaynaklanmaktadır. Araştırmalara göre birinci boşluğa yol açan faktörler şunlardır (Parasuraman *et al.* 1988):

- Pazar araştırması problemleri,
- Elde edilen bilgilerin yönetime ilemedeki eksiklikler ve yanlışlıklar,
- Yönetim kademelerinin çokluğu.

İkinci Boşluk: Yönetimin müşteri beklentileri hakkındaki algısı ile bunları hizmet standartları haline dönüştürmesi arasındaki farktır. Birçok işletme için geniş bir boşluk olan ikinci boşluğa yol açan faktörler şu şekildedir (Sevimli 2006):

- Yönetimin hizmet kalitesi düzeyini artırmaya isteksiz oluşu,
- Görev standartlarının yetersizliği,
- İmkânsızlık algısı,
- Amaç belirlememe.

Üçüncü Boşluk: Hizmetin oluşturulan özellikleri ile gerçekleşen hizmet arasındaki farktır. Saat'in (1999) belirttiğine göre böyle bir boşluğun ortaya çıkma sebebi, çalışanların hepsinin hizmet sunumunda aynı performansı göstermesinin mümkün olmayışıdır. Bu boşluğa yol açan faktörler ise şu şekildedir (Sevimli 2006):

- Rol belirsizliği veya rol çatışması,
- Algılanan kontrol eksikliği,
- Uygun olmayan denetim sistemleri,
- İşe uygun olmayan elemanlar veya teknoloji,
- Takım çalışması eksikliği.

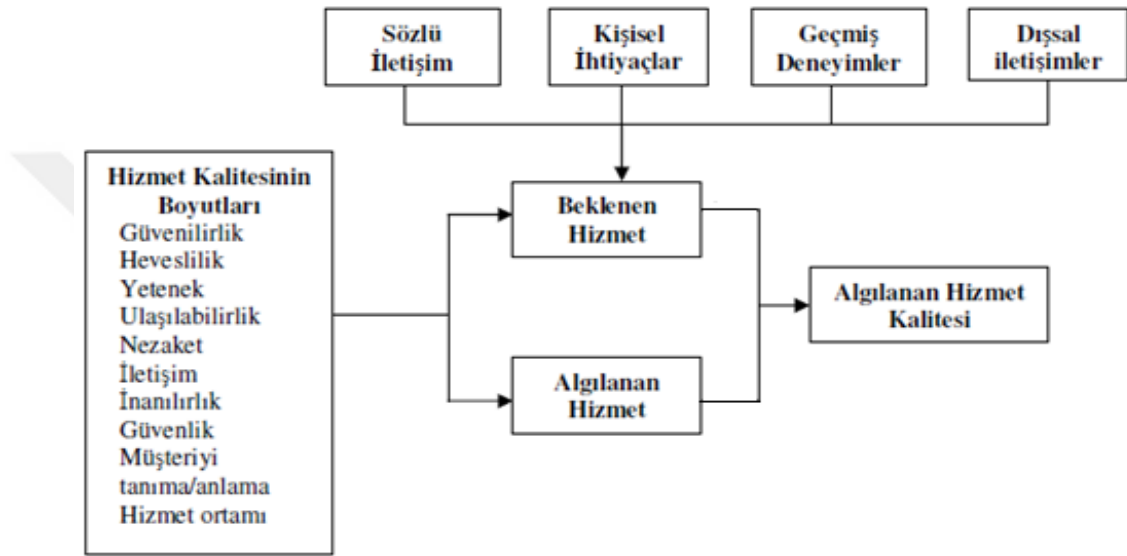
Dördüncü Boşluk: İşletmenin sunmayı öne sürdüğü hizmet ile sunduğu hizmet arasındaki farktır. Sevimli (2006) bu boşluğun hizmet işletmesinin reklamlar, kişisel satış ve halkla ilişkiler gibi dışsal iletişim araçları vasıtasıyla müşterilerine duyurduğu hizmetin, sunulan özelliklerden farklı olmasından kaynaklandığını belirtmiştir. Bu boşluğu oluşturan faktörler ise yatay iletişimin yetersizliği ve abartma eğilimidir (Sevimli 2006).

Beşinci Boşluk: Algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki farktır. Kayral'ın (2012) aktardığına göre Parasuraman *et al.* (1985), modelde bulunan ilk dört boşluğun hizmeti sunanlar tarafından oluşturulduğu; yalnızca beşinci boşluğun müşteriler tarafından oluşturulduğu ve diğer dört boşluğun fonksiyonu niteliğinde olduğunu belirtmiştir.

$$5. \text{ Boşluk} = f(1. \text{ Boşluk}, 2. \text{ Boşluk}, 3. \text{ Boşluk}, 4. \text{ Boşluk})$$

3.3.4.h. SERVQUAL ölçeği

Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli olarak da bilinen SERVQUAL, en çok kullanılan ve en ayrıntılı modeldir. Algılanan hizmet kalitesini belirleyen faktörler Şekil 3.6'da verilmiştir (Savaş ve Kesmez 2014).



Şekil 3.6. Algılanan hizmet kalitesini belirleyen faktörler

Parasuraman *et al.* (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği, hizmet kalitesinin tanımlanmasını, sorunlarının belirlenmesini ve ölçülmesini sağlar. Ölçek, hizmet kalitesini belirleyen on boyuta dayanmıştır. Bu boyutlar güvenilirlik, heveslilik, yetkinlik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim, inanılrlık, güvenlik, müşteriye anlamak ve hizmet ortamıdır.

Parasuraman *et al.* 1988'de yayımladıkları bu ölçeği faktör analizi ile değerlendirip, hizmet kalitesini belirleyen on boyutu beş boyuta indirmişlerdir. Savaş ve Kesmez'in (2014) Mujic and Legcevic'den (2006) aktardığı SERVQUAL ölçeğinin beş hizmet kalitesi boyutu ve her bir boyuttaki ifade sayıları ile açıklamaları Çizelge 3.1'de verilmiştir:

Çizelge 3.1. SERVQUAL ölçeğinin boyutları

Boyut	İfade	Açıklama
Fiziksel varlıklar	1-4	İşletmenin, hizmet sunumu esnasında kullandığı fiziksel imkânları, her türlü araç, malzeme ve donanım ile personelin dış görünümü
Güvenilirlik	5-9	İşletmenin vadettiği hizmeti doğru ve güvenilir biçimde sunma yeteneği
Heveslilik	10-13	Çalışanların müşteriye zamanında hazır ve istekli bir şekilde yardımcı olması ve destekleyici hizmetler sunması
Güvence	14-17	İşletmedeki çalışanların nazik ve bilgili olması, müşterilerde güven duygusu uyandırabilme yetenekleri
Empati	18-22	İşletmenin kendisini müşteri gibi görüp ihtiyaç ve problemleri anlaması

SERVQUAL ölçeğinin yaygın kullanımı ve popülerliğindeki artışa rağmen, ölçek birçok teorik ve uygulamaya ilişkin eleştiri almıştır. Buttle (1996) eleştirileri aşağıdaki gibi açıklamıştır (Aydın 2005):

a) Teorik eleştiriler

- Paradigmatik itirazlar: SERVQUAL, tutumsal paradigmadan daha çok doğrulamama paradigmasına odaklanır. Bundan dolayı SERVQUAL ekonomik, psikolojik ve istatistiksel teori kurmada etkili değildir.
- Boşluklar modeli: Müşterilerin, hizmet kalitesini algılama ve beklentilerindeki boşluklara göre değerlendirdiklerine dair çok az kanıt vardır.
- Süreç odaklılık: SERVQUAL, hizmet karşılaşması sonuçlarından ziyade, hizmet sunum sürecini esas alır.
- Boyutsallık: SERVQUAL'in beş boyutu evrensel değildir, hizmet kalitesi kapsamında kalan boyutların sayısı şu şekilde anlamlandırılabilir: İfadeler daima faktörleri açıklamakta yeterli olmayabilirler.

b) Uygulamaya ilişkin eleştiriler

- Beklentiler: Beklenti kavramı çok yönlü bir kavramdır; müşteriler değerlendirmede beklentilerden ziyade standartları kullanırlar ve Servqual kesin hizmet kalitesi beklentilerini ölçmede yeterli değildir.
- İfadelerin kompozisyonu: Dört veya beş ifade tüm hizmet kalitesi boyutlarına değişkenliği yakalayamaz.
- Gerçek zamanlar: Müşterilerin hizmeti değerlendirmesi zamana göre değişkenlik gösterebilir.
- Kutupluluk: İfadelerin ölçekte ters kutuplaşması yanıtlayıcıların hata yapmasına neden olmaktadır.
- Ölçek değerleri: Yedili Likert ölçeği kullanımı mükemmelliğe olumsuz etki yapar.
- İkili yönetim: İki farklı anket formunun tek seferde cevaplanması, cevaplayanlarda sıkıntı ve çelişkilere sebep olabilir.
- Hesaplanan varyans: Uyarlanan ölçekler daha yüksek varyans hesaplanmasına neden olur. Hesaplanan yüksek varyans, ölçümün daha geçerli olduğunu gösterir.

3.3.4.1. SERVPERF ölçeği

SERVPERF ölçeği kapsamında, Cronin and Taylor (1992) SERVQUAL ölçeğinin kavramsal temelini sorgulamış ve hizmet kalitesi algılamalarının modellenmesinde beklenti-algı farkının alınması yerine sadece algılara odaklanmanın daha iyi sonuç vereceğini ileri sürmüşlerdir (Deniz 2016).

Modelde, hizmet kalitesi “hizmet performansının algılanma derecesi” şeklinde tanımlanır (İkiz 2010). Deniz’in (2016) aktardığına göre Cronin and Taylor’un (1992) model ile ilgili çalışmaları şu şekildedir:

- SERVQUAL modelinde bulunan 22 değişken işletmenin algılanan performansı olarak alınıp alternatif bir ölçek geliştirmişlerdir.

- Yürütülecek çalışmalarda hizmet kalitesi ve müşteri tatminini birlikte ele alan modellere hizmet değeri kavramının da dâhil edilmesi yönünde öneride bulunmuşlardır.
- Hizmet kalitesi ölçümünün 4 alternatifini (ağırlıklandırılmış SERVQUAL, ağırlıklandırılmamış SERVQUAL, ağırlıklandırılmış SERVPERF, ağırlıklandırılmamış SERVPERF) karşılaştırarak ağırlıklandırılmamış SERVPERF'in hizmet kalitesi ölçümünde diğerlerinden daha iyi olduğu sonucuna varmışlardır (Lam 2000).

SERVQUAL ölçeğine yönelik yapılan eleştirilerden sonra araştırmacılar SERVQUAL ve SERVPERF'in karşılaştırılmasına yönelik çalışmalar yapmışlardır. Diş hekimliği alanında McAlexander *et al.* (1994) yürüttükleri çalışma sonucunda SERVPERF'in üstünlüğünü göstermişlerdir (Lam 2000).

3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve TKY

Güçlü rekabet ve maliyetlere verilen önem, imalat ve hizmet işletmelerini kalite sağlamaya zorlamıştır. Bu durum, sağlık işletmelerinde de kaliteye verilen önemi artırmıştır. Günümüzde sağlık hizmeti kalitesi, sağlık hizmeti kurumları, pazarlamacılar ve araştırmacılar tarafından önemli bir konu olarak ele alınmaktadır (Sevimli 2006).

3.4.1. Sağlık hizmetleri

Kıdak ve Aksaraylı'nın (2008) aktardığına göre Terakye (2004) sağlık hizmetini, insanların tecrübesinin olmadığı, bundan dolayı da kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmanın mümkün olmadığı, hazırlıksız yakalandığı, ancak alınması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmet olarak tanımlamıştır.

Tarım'a (2000) göre ise sağlık hizmeti "hasta ile hizmeti sunan kişi veya kurum arasında tıbbi faaliyet olmasının yanı sıra söz konusu kişilerin karşılıklı olarak birbirleri ile diyalog kurmasını gerektiren sosyal faaliyeti de içeren bir hizmet" tir.

3.4.2. Sağlık hizmetlerinde kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite, genel olarak tanı ve tedavi süreçlerinde doğruluk, uygunluk ve isabetlilik olarak tanımlanır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması; hasta ve yakınlarının beklenti ve algılarının tespit edilmesi, mevcut kaynakların değerlendirilmesi ve buradan elde edilecek bilginin karar süreçlerinde kullanılması ile sağlanır (Bircan ve Baycan 2004).

Sağlık hizmeti kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemektedir. Hasta memnuniyeti de verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılama ya da hastaların verilen hizmeti algılayışına dayanmaktadır. Süreç içerisinde hastanın başvuru, muayene, teşhis, tedavi ve bakımının sonuçlanmasına kadar yapılan tüm faaliyetler sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde önemli rol oynamaktadır (Tarım 2000).

Kıdak ve Aksaraylı'nın (2008) Tarım'dan (2000) aktardığına göre hizmet kalitesinin belirlenmesinde ve algılanmasında önemli rol oynayan unsurlar Çizelge 3.2'de verilmiştir.

Çizelge 3.2. Hizmet kalitesinin belirlenmesinde ve algılanmasında önemli rol oynayan unsurlar

Hizmet kalitesini belirleyen unsurlar:	Sağlık hizmeti kalitesinin belirlenmesinde ve algılanmasında rol oynayan unsurlar:
<ul style="list-style-type: none"> • Hizmetin verildiği ortam, • Hizmetin zamanlaması, • Görünüm, • Hizmeti sunanların alanlarında uzman olması, • Güvenilir, doğru ve esnek olması. • Hizmetin süreklilik arz etmesi, 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastaların bekleme süreleri, • Personelin nazik ve anlayışlı olması, • Hizmete erişim, • Verilen hizmetin tek seferde, zamanında ve doğru olarak yapılması, • Beklenmedik durumlarda çalışanların gereken çözümleri bulması ve yanıtlaması,

Gülmez (2005) tüketicileri, yani hastaları bu unsurların en önemli belirleyicisi olarak görmüştür. Patwardhan'a (2008) göre ise sağlık hizmeti veren işletmelerin ve hastanelerin rekabet üstünlüğüne sahip olabilmeleri ve hizmet kalitelerini sürdürebilmeleri için hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Deniz vd'ne (2011) göre hastaların aldıkları sağlık hizmeti kalitesini memnuniyetlerine yansıtacaklarını, memnun kalan hastaların benzer sağlık ihtiyaçları için yeniden aynı sağlık işletmesini tercih edeceklerini ve bu sağlık işletmesini yakınlarına da önerebileceğini belirterek algılanan sağlık hizmetleri kalitesinin hastalar için ne kadar önemli olduğunu net bir şekilde ifade etmiştir. Böylece hizmet kalitesinin beraberinde hasta memnuniyetini ve sadakati getireceğinden bahsetmiştir (İnam ve Tütüncü 2017).

Sağlık kurumlarında kalite çalışmaları üç ana fikirde toplanmıştır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kıdak vd 2015):

1. Performansın değerlendirilmesi ya da ölçülmesi,
2. Performansın standartlara uygunluğunun belirlenmesi,
3. Standartlar karşılanmadığında performansın geliştirilmesidir.

Bahsedilen üç ana fikirde birçok farklı yöntem kullanılır. Fakat hizmet kalitesinin ölçümünde beklenti ve algılar arasındaki farkların değerlendirildiği TKY modellerinin daha önemli olduğu söylenebilir.

3.4.3. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi

İnam ve Tütüncü'nün (2017) aktardığına göre sağlık hizmetleri ekseninde TKY terimi, kelime bazlı analiz edildiğinde şu şekildedir:

- Toplam: Tüm sağlık ve sağlık dışı çalışanların da desteği ile sağlık işletmelerinin sürekli gelişmesini amaçlaması (avuş 2013),
- Kalite: Sağlık hizmet tüketicilerinin ihtiyaçlarını ve mantıklı beklentilerini karşılayacak ürünlerin üretilmesini (Karadeniz 2013),
- Yönetim: Daha geniş bir faktör olarak her iki kavramın uygulanmasını/yönetilmesini ifade etmektedir (avuş 2013).

Karaca (2014) hastanelerde TKY ile ilgili yapılacak çalışmalar genel olarak şöyle sıralamıştır (Anonim 2018b):

- Mevcut durum analizinin yapılması,
- Kalite konseyinin oluşturulması,
- Hastane organizasyon şemasının hazırlanması,
- Kalite lm ve değerlendirme sisteminin kurulup sürdürülmesinin sağlanması,
- Çalışanlar için eğitim sistemi uygulanması ve ödüllendirme yöntemlerine yer verilmesi,
- Kısa ve orta vadede stratejik planlar geliştirilmesidir.

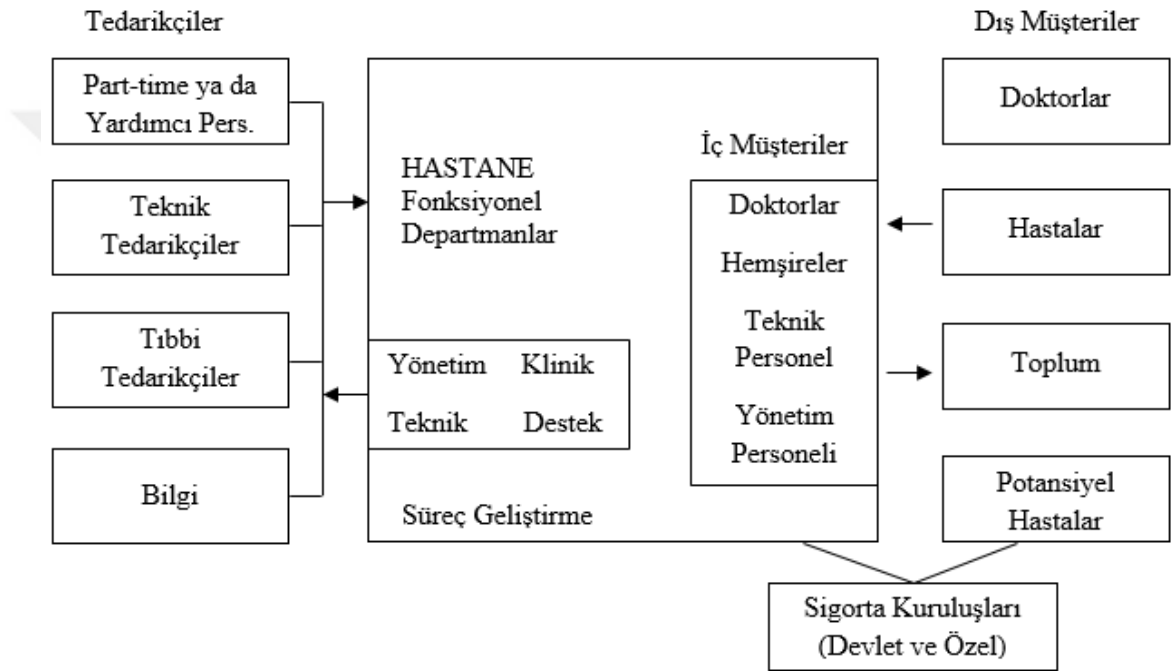
3.4.3.a. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ilkeleri

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ilkeleri şu şekilde açıklanabilir:

1. Müşteri tatmini ve müşteri odaklılık: TKY’de esas olan müşteri tatminidir. Sağlık hizmetlerinde dış ve i müşteri kavramı ise şu şekildedir (Sevimli 2006):

- Sağlık hizmetlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar dış müşterilerdir.
- Sağlık hizmetlerinde çalışan veya sağlık hizmetleri üretimine katkı sağlayan tüm birey ve kurumlar ise i müşterilerdir.

Sevimli'nin (2006) Rakich vd'den (1992) aktardığı Şekil 3.7'de de görüldüğü gibi sağlıkta dış müşteri grubu; grubun en büyük kesimi oluşturan ve birincil müşteri sayılan hastalar, hasta yakınları, refakatçiler, ziyaretçiler, anlaşmalı kurumlar, eczaneler, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, sigorta şirketleri, diğer sağlık işletmeleri ve inşaat şirketlerinden oluşurken, iç müşteriler grubu ise personel, yöneticiler, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlardan oluşmaktadır.



Şekil 3.7. Bir sağlık işletmesinin iç ve dış müşterileri

2. Sürekli eğitim: TKY, sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının sürekli eğitimleri ile çalışanların kendilerini geliştirmesini ve sürdürülebilir kaliteli hizmet sunumunu sağlamaktadır (Erdemir 2015).

3. Sürekli geliştirme/Kaizen: Sürekli geliştirme ile çalışanların ortak bir amaç için çalışması sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sürekli geliştirme üç aşamadan meydana gelmektedir. Bunlar; hasta odaklılık, süreç iyileştirme ve çalışanı yetkilendirmedir (Yılmaz 2014).

4. Katılımcılık: Sağlık hizmetlerinde çalışanların sorumluluk alarak karar alma süreçlerine katılımı sağlanmalıdır. Bu da çalışanların motivasyonlarını artırıp daha verimli çalışmalarına sebep olur. Tüm bireylerin planlama ve sağlık politikalarını geliştirme sürecine dâhil edilip alınan kararlara gönüllü olarak katılmalarının sağlanması, sağlık çalışanlarının kendi kararlarını almasına eşdeğer bir uygulamadır. Böylelikle kurum işleyişine karşı çıkma, çatışma gibi sorunlar yaşanmamaktadır (Yılmaz 2014).

5. Liderlik: Sağlık kurumları rekabet üstünlüğü sağlamak maksadıyla vizyon belirleyip çalışanları yönlendirmede ve onları karar alma süreçlerine dahil etmede önemli bir rolü olan liderlik davranışlarına ihtiyaç duymaktadır. Yöneticilerin çalışanları motive edip işe bağlılıklarını artırma kabiliyetleri sayesinde hem örgütsel amaçlara erişilebilmekte hem de sağlık çalışanlarının iş tatmini artırılmaktadır (Erdemir 2015).

6. Hata önlemeye dönük yaklaşım / sıfır hata: TKY ile sağlık hizmetlerinde sıfır hata hedeflenir. Diğer hizmetlerde hata göz ardı edilebilirken sağlık hizmetlerinde hata kabul edilemez. Bunun en önemli sebebi sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile alakalı olması, tanı, tedavi ve bakım süreçlerindeki olası hatanın hastanın yaşamını tehdit edici boyutlara ulaşabilmesi ve bazı durumlarda hastanın ölümü ile sonuçlanabilecek olaylara neden olmasıdır (Erdemir 2015).

7. Ölçme ve değerlendirme: TKY’de kalitenin ölçülebilmesi için kalitenin doğru olarak tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi, rutin olarak bu süreçlerin izlenmesi gerekir. Sağlık bakım kalitesinin ölçülmesi, sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesinin temelini oluşturmaktadır (Erdemir 2015).

3.4.3.b. Sağlık hizmetlerinde TKY’nin yararları

TKY’nin sağlık hizmetlerindeki uygulamalarının sağlayacağı yararlar şunlardır (Karaca 2014):

- Genel performansta iyileşme,

- Çalışanların iş doyumunu ve motivasyonunu yükselterek aralarındaki ilişkilerin daha iyi bir düzeye gelmesi,
- Verimliliğin artması ve karlılık oranının yükselmesi,
- Hasta memnuniyetinin artması,
- Laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması ve Radyoloji tekrarlarının azalması,
- Ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi,
- Hastane enfeksiyon oranının düşmesi,
- Hatalı ilaç verme oranının düşmesi.

3.4.3.c. Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamasında karşılaşılan sorunlar

Özellikle sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, insan etkileşimlerinin yoğun olduğu sektörlerde TKY uygulamaları oldukça güçtür. Çünkü sunulan hizmetin kalitesi müşteriye, üreticiye ve zamana göre değişiklik gösterebilmektedir (Öztürk 1996). Erdemir'in (2005) Can'dan (2008) aktardığına göre TKY uygulamalarında karşılaşılan sorunlar şu şekildedir:

- “Süreç-çıktı”, “nicelik-nitelik” ve “uzun-kısa dönemlilik”, hastanelerin merkez odaklı bir anlayışla ve modern işletmecilikten uzakta yönetilmesi,
- Tüm hastanelerin tek bir organizasyon ve finansman yapısında olması,
- Mevzuat ve idari yapının katı olması,
- Çalışanlara yeteneklerini kullanma ve özel girişim imkânları vermeyen bürokratik yapı,
- Personel, idari ve mali altyapı,
- Hastanelerde personelin kalite anlayışının daha düşük olması,
- Takım çalışması ve eğitim konusundaki eksiklikler,
- Hastane yönetimi ile merkezi yönetim arasındaki kalite algısının farklı olması,
- Personelin halk odaklı hizmetin getireceği memnuniyetsizlik korkusu.

3.5. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Önemi

Tezcan vd'nin (2014) Ar'dan (1992) aktardığına göre hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerini karşılama düzeyi hakkında bilgi veren ve odak noktasının hasta olduğu bakım kalitesini gösteren temel ölçüttür.

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Hastaların sunulan hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının belirlenmesi,
- Memnuniyete etki eden faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi,
- Kurumu tercih nedenleri, kurumdan beklentileri,
- Verilen hizmet sürecinde oluşan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanmasıdır.

Varinli ve Çakır (2004) ile Sağlık Bakanlığı'nın (2015) belirttiğine göre algılanan hizmet kalitesini belirlemek için hasta memnuniyetinin ölçümü literatürde genel olarak kabul görmüş bir uygulamadır. Hasta memnuniyetinin ölçümünden, hastaların aldıkları hizmetten memnun kalıp kalmadıklarını belirlemenin yanı sıra, sağlık kuruluşlarının organizasyonel ve profesyonel performanslarını değerlendirmeleri için de yararlanılmaktadır.

Tezcan vd'nin (2014) aktardığına göre Aytar ve Yeşildal (2004) ile Tükel vd (2004) müşteri memnuniyetini sağlamak kadar, sürekliliğinin de önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hastanelerin tekrar tercih edilmesi ve özellikle geliştirilmesi gereken alanların belirlenebilmesi için hasta memnuniyeti anketlerinin düzenli olarak uygulanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Öner (2009) ve Sağlık Bakanlığı'nın (2015) aktardığına göre sağlık kuruluşlarında uygulanan hasta memnuniyet anketlerinin sağladıkları yararlar şu şekildedir:

- Hastane düzeyinde, geri bildirim ya da benzer hastanelerle kıyaslama (benchmarking) yapılarak daha iyi hizmet vermek için harekete geçilebilir (Aslantürk vd. 2007).
- Sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflıklarını göstererek örgüte ayna görevi yapar.
- Sağlık bakım hizmetlerinde çalışanların, sağlık planlarıyla ve organizasyonlarıyla ilgili kararlar verebilmelerini ve doktorların ve diğer grupların çalışmalarıyla ilgili bağlantılar kurabilmelerine olanak sağlar.
- Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısına dair yararlı bilgiler sağlar.
- Düzenli olarak yapılan araştırmalar politika belirleyicilerin politikalarını ve programların etkililiğini ve bunların değişen hasta ihtiyaçlarına uyarlanıp uyarlanmadıklarını değerlendirmelerine olanak sağlar (Kaya vd 2003).

Sonuç olarak; hasta tatmini ölçümü bağımsız bir çalışma olarak düşünülmemeli, sağlık işletmesinin performansını arttırıp sağlık bakım kalitesini geliştirmek için bu ölçümün göstergeleri kullanılmalıdır (Finkel 1997).

Öner'in (2009) Tükel vd'den (2004) aktardığına göre literatürdeki hasta memnuniyetini değerlendirmek için yapılan araştırmalarda genel olarak kullanılan 8 boyut şu şekildedir:

1. Hasta - personel etkileşimi (hasta - doktor ilişkisi, hasta - hemşire ilişkisi, hasta - diğer sağlık personeli ilişkisi)
2. Ulaşılabilirlik ve bulunabilirlik
3. Örgütsel ve fiziksel çevre koşulları
4. Güven
5. Beslenme hizmetleri
6. Bilgilendirme
7. Bürokratik işlemler
8. Ücret

Pitzpatrik ise, yukarıda belirtilen maddelere ilave olarak; hasta bakım kalitesi, devamlılık, mesleki beceri, hastanın kişilik yapısı gibi değişkenlerin de dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Williams ve Calnan 1991).

Hasta memnuniyeti ‘hastanede kalınan gün sayısına, odada beraber kalınan kişi sayısına, son bir yılda hekime gitme sayısına, hastanedeki bir hekimin özel muayenesine gitme durumuna, yaşına, sosyal güvence türüne, eğitim düzeyine ve ailesinin aylık gelinine’ göre değişkenlik göstermekte, bundan dolayı sağlık hizmeti memnuniyet ölçeği geliştirilerek “zamanında muayeneye başlama, sıra bekleme, sıraya göre muayeneye alma, hastaya yeterince zaman ayırma, özel muayeneye yönlendirmeme, polikliniğin fiziki koşulları, temizlik ve hijyen konularını içeren maddelerden oluşan poliklinik değerlendirme puanından; ilgi ve bakıma özen gösterilmesi, sağlıkla ilgili ihtiyaç ve isteklerin hızlı bir şekilde yerine getirilmesi, refakatçi ve/veya hastanın danışabileceği kişilere kolayca ulaşabilmesi, refakatçi için rahatlığa özen gösterilmesi, ziyaret saatlerinin uygunluğu, fiziki koşulları, yemek kalitesi, temizlik ve hijyen konularını içeren maddelerden oluşan klinik değerlendirme puanından; radyoloji ve laboratuvar sıra bekleme, zamanında sonuç verme, sonuçların kaybolmaması, bürokratik işlemlerin sorunsuzca ve hızlı tamamlanması” gibi konularda değerlendirme yapılmaya çalışılmaktadır (Ercan vd 2004).

3.6. Sağlık Sektöründe Çalışan Memnuniyeti ve Performansı

Tan’ın (2016) belirttiğine göre 20. yüzyılın sonlarında sağlık hizmetleri müşterisinden bahsedildiğinde, sadece hastalar akla gelirken, günümüzde hastaların yanı sıra sağlık hizmet üretimi süreçlerine katılan tüm kurumlar ve tüm bireyler (çalışanlar) de müşteri olarak görülmektedirler.

TKY’de dış müşteri memnuniyeti yanında iç müşterilerin memnuniyeti de önemlidir. Müşteri memnuniyeti çalışanlarda bir tatmin duygusu oluşturarak çalışanların motivasyonlarını artırıcı bir etki sağlar. Artan motivasyonla çalışanın verimliliği ve verdiği hizmetin kalitesi artacağından dış müşteri memnuniyeti de yükselir (Ayaz ve Soykan 2002).

Bir işletmede bir çalışan, diğerini, memnun etmesi gereken bir iç müşteri olarak görebilirse, karşılıklı memnuniyet kendiliğinden doğabilecektir. Böylelikle iş tatmini

artıp, hizmet sunumunun daha verimli olmasını sağlayacaktır. Diğer bir deyişle, sağlık işletmelerinde kaliteyi, fiziksel donanımın yanı sıra her alandaki çalışanlar belirlemektedir. Emek yoğun hizmet sunan bir hastanenin hedeflerine ulaşmasında çalışanlar önemli bir araçtır. Bir hastanenin kalite düzeyine, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleri doğrudan katkı sağlar (Sevimli 2006).

Uzuntarla vd (2017) performansı “bir işi yerine getirirken amaçlara ulaşma durumu, başarı derecesi” olarak ifade etmektedirler. Performansın arzu edilen düzeylerde olabilmesi için yönetilmesi gerekmektedir.

Çalışanların performanslarının yüksek, başarılı ve üretken olabilmeleri için iş motivasyonları yüksek olmalı ve kurumlarına karşı bağlılık hissine sahip olmaları gerekir. Aksi halde iş görenin ruh sağlığı ve kişiliği olumsuz yönde etkilenebilmekte; bıkkınlık, işi bırakma, devamsızlık gibi istenmeyen olumsuz davranışlar gözlenebilmektedir (SAGEM 2017).

Çalışan memnuniyetinin sağlanması kurumun başarısı ile sonuçlanır. Böylece hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti arasındaki ilişki birbirini tamamlayan döngüsel süreci oluşturur. Sağlık sektöründe çalışan personel için memnuniyet kavramı, yoğun iş yükü ile beraber, psikolojik desteğe ihtiyacı olan hasta ve hasta yakınlarına hizmet vermenin güçlüğünü yaşadığından daha da önemlidir (Erdugan 2017).

3.7. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü

Kıdak vd'ne (2015) göre sağlık hizmetlerinde, hastaların daha sonraki gelişlerini sağlayabilmek ve iyileştirilmesi gereken alanları tespit edebilmek açısından hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi önemlidir. Böylelikle sağlık kurumlarının, hasta ve yakınlarını sadık bir kullanıcı/müşteri haline getirmesi için onların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde bir sağlık hizmeti sunması mümkün olabilecektir.

Öner'in (2009) belirttiğine göre işletme açısından hizmet kalitesinin ölçümü çok önemlidir. Çünkü "Sunduğunuz hizmetin kalitesini ölçemezseniz, kaliteyi iyileştiremezsiniz". "Ölçülemeyen kalite bir sistem değil, ancak bir slogan olabilir" (Parasuraman *et al.* 1985).

Sağlık hizmetlerinin temel hedeflerinden biri çalışan ve hasta memnuniyet düzeylerini yükselterek hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Memnuniyet anketleri, sağlık kuruluşlarından hizmet alan ve hizmet sunan kişilerin şikâyet ve önerilerinin dikkate alınması, en iyi hizmeti sunma hedeflerine erişilmesinde kalite geliştirme faaliyetlerinin vazgeçilmezidir (Sağlık Bakanlığı 2015).

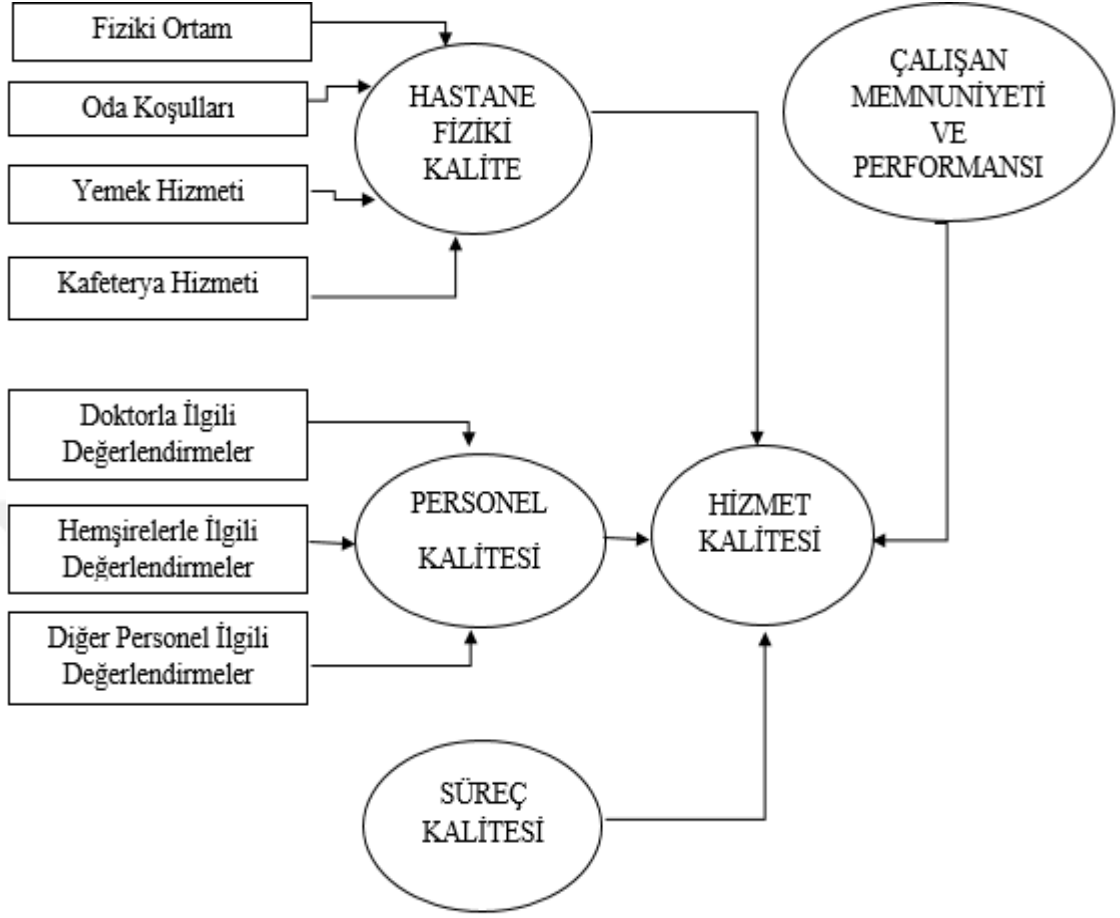
3.8. Yöntem

Bu kısımda araştırma modeli, anakütle ve örneklemin seçimi, veri toplama yöntemi, ölçeğin hazırlanması, araştırmanın değişkenleri, varsayımları, kısıtları ve veri analizinde yararlanılan istatistiksel yöntemler dair bilgi verilmiştir.

3.8.1. Araştırmanın modeli

Deniz (2016) çalışmasında hizmet kalitesini Senic ve Marinkovic'in (2013) çalışması ile benzerlik taşıyan model ile değerlendirmiş ve hizmet kalitesini oluşturan faktörlerin fiziki, personel ve süreç kalitesinden oluştuğunu ileri sürmüştür.

Bu araştırmanın modeline Deniz'in (2016) çalışmasındaki modelin boyutları esas alınarak hizmet kalitesinin ortaya çıkmasındaki aktif faktör olan çalışan performansı ve memnuniyeti de eklenmiştir. Şekil 3.8'de oluşturulan model literatürde daha önce kullanılmamıştır. Fiziki, personel ve süreç kalitesinin değerlendirilmesinde Deniz'in (2016) kullandığı faktörler yerine literatür incelenerek farklı faktörler oluşturulmuştur. Oluşturulan model toplam 7 faktörden oluşan üç boyutlu bir yapıyı içermektedir.



Şekil 3.8. Araştırma modeli

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Tanımlayıcı araştırmalar kişi, yer ve zaman gibi farklı özelliklere göre araştırılan konu hakkında bilgi verir. Genellikle toplanan veya elde hazır olan veriler kullanılır.

Araştırmanın modeline göre “Hasta Memnuniyeti Ölçeği” ve “Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği” olmak üzere iki ayrı anket çalışması yapılmıştır. “Hasta Memnuniyeti Ölçeği” ile hastaların memnuniyet düzeyleri ve bunlara etki eden faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın örnekleminde yer alan kişilerin demografik özellikleri ile hastane çalışanları ve hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında oluşabilecek farklılıklar incelenmiştir. “Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği” ile çalışanların performanslarının incelenmesi ve farklılık varsa bunları etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

3.8.2. Araştırmanın örnekleme

Çalışmada, anakütledeki her ünitenin araştırma örneğine girme şansı eşit olan basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Ölçeğin pilot ve asıl uygulamaları Ağustos ve Eylül 2018’de gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Erzurum il merkezindeki Palandöken Devlet Hastanesi’nde (PDH) ve Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde (BEAH) yatarak tedavi gören hastalar ile bu hastanelerin çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli yasal izinler Atatürk Üniversitesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Etik Kurulu ile Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınmıştır (**EK 1**).

Hasta memnuniyet ölçeği, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile yatan hastalardan ankete katılmayı kabul eden kişilere birebir görüşülerek uygulanmıştır. Çalışmaya farklı servislerde tedavi gören PDH’de 168 kişi ve BEAH’de ise 252 kişi katılmıştır.

PDH’de çalışmaya katılan servisler Genel Cerrahi, Kardiyoloji, Göğüs Cerrahi, Göz, Dâhiliye (İç Hastalıkları), K.B.B., Beyin Cerrahi, Ortopedi, Enfeksiyon ve Üroloji servisleridir. PDH’de Plastik Cerrahi ve Cildiye servislerinde hasta olmadığı, Kadın-Doğum, Çocuk Cerrahi, Gastroenteroloji, Hematoloji, Römatozoloji ve Endokrin servisleri bulunmadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir.

BEAH’de çalışmaya katılan servisler ise Genel Cerrahi, Kardiyoloji, Kalp–Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahi, Plastik Cerrahi, Göz, Beyin Cerrahi, Dâhiliye (İç Hastalıkları), Kulak Burun ve Boğaz, Ortopedi, Üroloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Gastroenteroloji, Hematoloji, Römatozoloji ve Endokrin servisleridir. BEAH’de Kadın-Doğum servisi bulunmadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Her iki hastanenin Yoğun Bakım, Psikiyatri, Acil Servis, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Hastalıkları ve Nöroloji servislerindeki yatan hastalar örnek grubuna dâhil edilmemiştir.

Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği ise yine basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile hastanede farklı alanlarda çalışan ve ankete katılmayı kabul eden kişilere, daha sonrasında toplanmak üzere, dağıtılarak uygulanmıştır. Ankete farklı pozisyonlardaki (hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, idari personel, yardımcı hizmet personeli) çalışanlar arasından PDH’de 107 kişi ve BEAH’de ise 201 kişi katılmıştır.

Hasta memnuniyeti ölçeğine faktör analizi uygulayabilmek için yeterli örneklem büyüklüğüne sahip olmak gerekir. Literatürde yeterli örneklem büyüklüğünün alınması için birçok farklı görüş bulunmaktadır. Tabachnick and Fidell (2001) ile Çokluk vd (2010) literatürde yer alan görüşlerden en az ikisini sağlayan örneklem büyüklüğünün yeterli olacağını belirtmişlerdir. Deniz’in (2016) aktardığı bazı ölçütler şu şekildedir:

- **Madde Sayısının Gözlem Sayısına Oranı:** Literatürde farklı araştırmacılar tarafından madde (soru) başına 2 (Klein), 5 (Gorsuch), 10 (Nunually, Costello ve Osborne), 15/30 (Pedhazur) gözlem sayılarının tespit edildiği görülmektedir. Costello ve Osborne (2005) ise yaptıkları literatür taramasında bu oranın 1/5’in altında uygulandığından bahsetmişlerdir (Taş 2009).

- **Mutlak Gözlem Sayısı:** Faktör analizi için yeterli örneklem büyüklüğü Comrey and Lee (1992)’ye göre 50 (çok zayıf), 100 (zayıf), 200 (orta), 300 (iyi), 500 (çok iyi) ve 1000 (mükemmel) şeklindedir. Tabachnick and Fidel (2001) ise yüksek faktör yük değerleri için büyük örnekleme gerekliliğini ve 150 civarında örneklem büyüklüğünün yeterli olacağını belirtmişlerdir (Taş 2009). Comrey (1988) ile Guadagnoli and Velicer (1988) ise faktör analizi için 300 civarı anketin yeterli olacağından bahsetmişlerdir (Lam 2000).

- **Kaiser – Meyer - Olkin (KMO) Testi:** Örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla en sık kullanılan test ise Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testidir. Örneklem büyüklüğü açısından faktör analizi için veri yapısının uygunluğunu test eden KMO, gözlenen korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir testtir. KMO test sonucunun

yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin diğer değişken tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelir (Tabachnick and Fidell 2001). Örneklem büyüklüğünün yeterliği konusunda KMO değerinin en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (Yalçın vd 2015). Genel kabul gören KMO değerleri ve yorumları Çizelge 3.3’de verilmiştir (Sipahi vd 2010).

Çizelge 3.3. KMO değerlerinin yorumlanması

KMO değeri	Yorumu
0,80 ve yukarısı	Mükemmel
0,70 ve 0,80 arası	İyi
0,60 ve 0,70 arası	Orta
0,50 ve 0,60 arası	Kötü
0,50 den aşağı	Kabul edilemez

3.8.3. Veri toplama aracı ve araştırma ölçeğinin oluşturulması

Araştırmaya, konuya yönelik olarak literatür taraması yapılarak başlanmıştır. Veri toplama aracı olarak ‘Hasta Memnuniyeti Ölçeği’ ve ‘Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği’ hazırlanmıştır.

İzleyen kesimde ölçek oluşturma aşamalarına yer verilmiştir.

3.8.3.a. Madde havuzunun oluşturulması

Hasta memnuniyeti için veri toplama aracı olarak bir ölçek geliştirilmiştir. Konuyla ilgili literatürdeki yapılan çalışmaların anketlerinden, makalelerden, sektörde çalışan bireylerden, akademik unvana sahip kişilerden ve Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan hasta memnuniyet anketi formundan yararlanılarak “Hasta Memnuniyeti Ölçeği” geliştirilmiştir. Ölçek, 80 maddeden oluşan bir soru havuzundan oluşmuştur. Taslak form imlâ ve yazım kurallarına dikkat edilerek uzman görüşüne sunulmuştur. Yapılan kaynak

taraması, görüşme ve gözlemler sonucu Çizelge 3.4’de verilen boyut ve faktörler bazında eklenmesi gereken maddeler belirlenmiştir.

Çizelge 3.4. Boyut ve faktörler bazında geliştirilen ölçek

Boyutlar	Faktörler
Hastane ile İlgili Değerlendirmeler	Fiziki Ortam Oda Koşulları Yemek Hizmeti Kafeterya Hizmeti
Personel ile İlgili Değerlendirmeler	Doktorlar Hemşireler Diğer Personel
Süreç ile İlgili Değerlendirmeler	
Genel Değerlendirme	

Geliştirilen ölçek, anketin yapılacağı yere ait bilgileri veren giriş bölümü haricinde 5 bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm, 8 maddeden oluşmakta olup hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvence durumu, mesleği, aylık gelir düzeyi ve ikametgâh yeri sorgulanmaktadır.

İkinci bölüm 29 maddeden oluşmakta olup hastaların hastane ile ilgili değerlendirmelerini içeren fiziki ortam, oda koşulları, yemek hizmetleri ve kafeterya hizmetlerini sorgulamaktadır.

Üçüncü bölüm 22 maddeden oluşmakta olup hastaların hastane personelini değerlendirmesine yönelik doktorlardan, hemşirelerden ve diğer personellerden memnuniyet düzeylerini sorgulamaktadır.

Dördüncü bölüm 11 maddeden oluşmakta olup hastaların kayıt işleminden çıkışa kadar olan süreç kalitesi ile ilgili memnuniyetini sorgulamaktadır.

Beşinci bölüm ise 3 maddeden oluşmakta olup hastaların genel olarak alınan hizmetten memnuniyet düzeyini sorgulamaktadır.

İlk bölümde yer alan tanımlayıcı özellikler genelde tüm çalışmalarda sorgulanan özelliklerdir. Diğer dört bölümü oluşturan soruların hazırlanmasında doğrudan ya da dolaylı olarak yararlanılan ölçek kaynakları **EK 2**'de verilmiştir.

Çalışan memnuniyeti ve performansı için ise veri toplama aracı olarak 'Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği' geliştirilmiştir. Ölçek 30 maddeden oluşmakta ve ölçeğin yapılacağı yere ait bilgileri veren giriş bölümü haricinde 4 bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm 8 maddeden oluşmakta olup kişilerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek, kurumda çalışma süresi, meslekte çalışma süresi ve aylık gelir düzeyi sorgulanmaktadır.

İkinci bölüm 11 maddeden oluşmakta olup çalışanların çalıştıkları kurumdan memnuniyet düzeylerini sorgulamaktadır. Üçüncü bölüm çalışanların kendi performanslarını değerlendirdiği 13 maddeden oluşmuştur. Bu bölümlerin oluşturulmasında Uzuntarla vd'nin (2017) çalışmasında kullandığı ölçek ile Sağlık Bakanlığı'nın (2015) yayımladığı formdan yararlanılmıştır. Uzuntarla vd (2017), kullandığı ölçeği Türkmen'in (2009) çalışmasından yararlanarak oluşturmuştur.

Dördüncü bölüm ise Sağlık Bakanlığı'nın (2015) çalışan memnuniyetini ölçmek için kullandığı anketten yararlanılarak hazırlanan 6 maddeden oluşmuştur.

3.8.3.b. İçerik güvenilirliğinin incelenmesi (uzman görüşü)

Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin ve Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği'nin kapsam geçerliliğinin kontrolü amacıyla uzman görüşüne başvurulmuştur. Hazırlanan taslak form doktorlar ve kalite alanında uzman kişiler tarafından incelenmiştir.

Uzmanlar, Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nde yanlış anlamaya sebep olabilecek veya amaca hizmet edip etmediği şüpheli olan maddelerden bazılarının çıkarılmasına, bazılarının da düzeltilmesine karar vermişlerdir. Böylece ölçek formu toplam 62 maddeden oluşmuştur. Ölçekteki maddeler Likert derecelendirme ölçeğine göre hazırlanmıştır. Likert ölçeğinin anlamları ve puan değerleri Çizelge 3.5'de verilmiştir.

Çizelge 3.5. Hasta memnuniyeti ölçeğinde kullanılan Likert tipindeki seçeneklerin anlamları ve puan değerleri

Hastane, personel ve süreç ile ilgili değerlendirmeler bölümü için			Genel değerlendirme bölümü için		
Beşli Likert derecelendirme ölçeği			Üçlü Likert derecelendirme ölçeği		
Kodu	Anlamı	Puanı	Kodu	Anlamı	Puanı
1	Hiç Memnun Değilim	1	1	Hayır	1
2	Memnun Değilim	2	2	Kısmen	2
3	Kararsızım	3	3	Evet	3
4	Memnunum	4			
5	Çok Memnunum	5			

Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği, sektörde çalışan bireylerin ve akademik unvana sahip kişilerin yardımıyla üç alternatif ölçek arasından seçilmiş ve uygulamaya geçilmiştir. Seçilen ölçekte bölümlerin oluşturulmasında kapsam (yüzey) geçerliliğine başvurularak ölçek 3 bölüme ayrılmıştır.

Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği'nde 2, 3, 6, 7, 9, 11 ve 25. sorular ters, diğerleri doğrudan ifade edilmiştir. Kullanılan Likert ölçeğinin anlamları ve puan değerleri Çizelge 3.6'da verilmiştir.

Çizelge 3.6. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinde kullanılan Likert tipindeki seçeneklerin anlamları ve puan değerleri

İlk 24 madde için			Son 6 madde için		
Beşli Likert derecelendirme ölçeği			Üçlü Likert derecelendirme ölçeği		
Kodu	Anlamı	Puanı	Kodu	Anlamı	Puanı
1	Kesinlikle Katılmıyorum	1	1	Hayır	1
2	Katılmıyorum	2	2	Evet	2
3	Kararsızım	3			
4	Katılıyorum	4			
5	Kesinlikle Katılıyorum	5			

3.8.3.c. Uygulama aşaması

Hasta Memnuniyeti ile Çalışan Memnuniyeti ve Performansı olmak üzere oluşturulan iki ölçek İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve hastanelerden izin alınarak uygulanmıştır. Her servisin başhemşiresi ile görüşülerek Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin uygulanmasına yönelik onay alınmıştır. Ölçeği cevaplandırabilecek ve gönüllü olan hastalara ulaşılmış ve anket uygulanmıştır.

Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği için çalışanlara ölçek dağıtılmış gönüllü olarak doldurmaları talep edilmiştir. Ölçekler doldurulduktan sonra bir kısmı çalışan ve hasta hakları birimlerine bırakılmış ve daha sonra araştırmacı tarafından alınmıştır. Diğer kısmı ise araştırmacı tarafından doğrudan toplanmıştır.

3.8.4. Araştırmanın değişkenleri

Araştırmada incelenen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri aşağıda verilmiştir.

a) Bağımsız değişkenler: Hasta Memnuniyeti Ölçeği için; hastaların yattığı hastane, servis, oda türü, odada kalan hasta sayısı, hastanede kaldığı gün, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, mesleği, aylık geliri ve ikametgâh yeri

bağımsız değişkenler olarak seçilmiştir. Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği için; çalışanların çalıştıkları hastane, cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleği, kurumda çalışma süresi, meslekte çalışma süresi ve aylık gelir düzeyi bağımsız değişkenler olarak seçilmiştir.

b) Bağımlı değişkenler: Hasta Memnuniyeti Ölçeği için; faktör analizi sonucunda isimlendirilen fiziki ortam, erişim, oda hizmetleri, oda koşulları, yemek hizmetleri, kantin hizmetleri, doktorlar, hemşireler, diğer personel, süreç, birim hizmet kalitesi faktörlerine; hastane, personel, süreç değerlendirme boyutlarına ve genel değerlendirme bölümüne ilişkin memnuniyet düzeyi bağımlı değişkenler olarak seçilmiştir. Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği için kapsam geçerliliği sonucunda isimlendirilen; çalışan memnuniyeti, çalışan performansı, hastane anket bölümünden ve genel ölçek değerlendirmesinden çalışanların aldıkları puanlar bağımlı değişkenler olarak seçilmiştir.

3.8.5. Araştırmanın varsayımları ve kısıtları

Araştırmanın varsayımları 4 grupta özetlenebilir:

1. Araştırma sürecinde ölçekteki soruların üretilmesi aşamasında ve ölçeğin uygulanması noktasında görüşülen doktor, uzman ve hastaların doğru değerlendirme yaptıkları kabul edilmiştir.
2. Ölçeğe katılan yatan hastaların ve çalışanların sorulan soruları okuyup anlayabildikleri kabul edilmiştir.
3. Ölçeğe katılan yatan hastaların ve çalışanların geliştirilen ölçeğe içtenlikle ve objektif olarak cevap verdikleri kabul edilmiştir.
4. Yatan hastaların hastaneyi daha iyi tanıdıkları ve kendilerine sunulan imkânlar konusunda daha çok haberdar oldukları varsayılmıştır.

Araştırmanın kısıtları 3 grupta özetlenebilir:

1. Hasta memnuniyeti incelemesinde araştırmanın evrenini sadece yatan hastalar oluşturmaktadır. Hasta yakınları, refakatçiler, ziyaretçiler ve ayakta tedavi gören hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.
2. Araştırma kapsamındaki hastalar 15 yaş ve üzerindedir. Bu seşimin yapılmasının nedeni 15 yaş ve üzerindeki kişilerin daha dikkatli ve bilinçli olmasıdır.
3. Araştırmanın evreni izin verilen tarihler arasında yatan hastalar ve erişilen çalışanlar ile sınırlıdır.

3.8.6. Veri analiz yöntemleri

Araştırma verisi SPSS 24.0 ve AMOS 21.0 paket programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın amaçlarını gerçekteştirmek için uygulanan istatistiksel analizler Çizelge 3.7’de verilmiştir.

Çizelge 3.7. Amaçlara göre uygulanan analiz yöntemleri

Amaçlar	Analiz Yöntemleri
Ölçeğin güvenilirliğini test etmek	Güvenilirlik analizi
Ölçeğin geçerliliğini test etmek	Geçerlilik Analizi
Faktörleri belirlemek	Açıklayıcı faktör analizi (AFA)
Model doğrulamak	Doğrulamalı faktör analizi (DFA)
Demografik değişkenlere ilişkin karşılaştırmalar yapmak	t- Testi ve ANOVA
Bağımsız değişkenlerin memnuniyet ortalamaları arasındaki farkın kaynağını bulmak	Post hoc ve Tukey testi
Toplam kalite yönetimi kapsamında iyileştirilmesi gereken alanları tespit etmek	Sebep – Sonuç Analizi
Katılımcıların yanıtlarının dağılımını görmek	Frekans ve Yüzde Dağılımları

3.8.6.a. Güvenilirlik analizi

Geliştirilmiş olan bir ölçeğin ne kadar iyi olduğunu tespit etmek ve anketten elde edilen verilerin iyilik seviyesini analiz etmek için güvenilirlik analizinden yararlanılır ve ölçeğin geçerliliği incelenir. Bir ölçümün güvenilirliği, ne kadar hatasız olduğunun göstergesi olup ölçüm aracının zaman ve değişik maddelere karşı tutarlı bir ölçüm yaptığını belirtir (Anonim 2018c). Güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa (α) katsayısından yararlanılmıştır. Katsayının yorumlanması Çizelge 3.8'deki gibi yapılmıştır (Kalaycı 2008).

Çizelge 3.8. Cronbach Alfa (α) katsayısının yorumlanması

Cronbach Alfa (α) Katsayısı	Yorum
$0,00 \leq \alpha < 0,40$	Ölçek güvenilir değil
$0,40 \leq \alpha < 0,60$	Ölçek güvenilirliği düşük
$0,60 \leq \alpha < 0,80$	Ölçek güvenilirliği iyi
$0,80 \leq \alpha < 1$	Ölçek güvenilirliği yüksek

3.8.6.b. Geçerlilik analizi

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmek istenen niteliği diğer niteliklere karıştırmadan ölçebilme derecesidir. Ölçek geçerliliğinin incelenmesinde kullanılan çeşitli geçerlilik türleri ve farklı yöntemler bulunmaktadır (Deniz 2016). Bu çalışmada geçerliliğin değerlendirilmesi için kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği esas alınmıştır.

Bir ölçekteki maddelerin, ölçülmek istenen davranışlar bütününe ölçmede ne derece temsil ettiğini belirlemek ve ölçeğin ölçme amacına uygun olup olmadığı sınamak amacıyla kapsam geçerliliğine başvurulmaktadır (Büyüköztürk vd 2010; Fraenkel and Wallen 2008). Kapsam geçerliliğinin sağlanması için uzman görüşü esas alınmış olup, doktorlardan ve kalite çalışanlarından görüş alınmıştır.

Test ile ölçülmek istenilen yapının ne derece ortaya konulabildiğini belirlemek için yapı geçerliliğinden yararlanır. Bir ölçek, maddelerinin tamamı ile aynı yapıyı ölçüyor ise yapı geçerliğine sahip demektir (Ercan ve Kan 2004). Yapı geçerliliğinin sağlanıp sağlanmadığının tespit edilebilmesi için ise faktör analizi yapılmıştır.

3.8.6.c. KMO ve Bartlett Küresellik Testi (BTS)

Faktör analizi yapabilmeyen ön şartı değişkenler arasında belli bir oranda ilişki bulunmasıdır. BTS testi bize değişkenler arasında yeterli oranda ilişki olup olmadığını gösterir. Eğer BTS testinin p değeri 0,05 anlamlılık derecesinden düşük ise değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki vardır. Eğer testin sonucu anlamlı değilse değişkenler faktör analizi yapmaya uygun değildir (Sipahi vd 2010).

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örnekleme yeterliliği de değişkenler arası ilişkilerin faktör analizine uygunluğunu test eder. KMO oranı 0,5'in üzerinde olmalıdır. Oran ne kadar yüksek olursa veri seti faktör analizi yapılmasına o kadar uygundur denilebilir (Kalaycı 2010).

3.8.6.d. Faktör analizi

Faktör analizi, verilerin indirgenmesi ve yorumlanması amacıyla birbirlerini etkileyen ölçümsel değişkenlere uygulanan bir araştırma tekniğidir (Kurtuluş 2004). Birbirleriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getiren ve yaygın olarak kullanılan çok değişkenli istatistik tekniklerinden biridir (Öztürk 2013). Aynı faktörü ölçen maddelerin birleşerek oluşturduğu faktöre bu maddelerin içeriğine göre isim verilmeye çalışılır (Balcı 2005). Faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılır.

- **Açıklayıcı faktör analizi (AFA):** Bir grup değişken için bir faktör modeli ya da yapısı belirler (Bandalos 1996). AFA, araştırmacıların daha fazla sayıdaki değişkenden daha az sayıda faktör üretmek için kullandığı bir yöntemdir (Henson and Roberts 2006).

Verinin temelini oluşturan faktörün bir hipotez için yeterli olup olmadığını belirlemede ve faktörlerin sayısını tespit etmede kullanılır.

- **Doğrulayıcı faktör analizi (DFA):** AFA ile belirlenen faktörler arasında yeterli seviyede ilişkinin olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığını, faktörlerin modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak için kullanılır (Özdamar 2004). Ayrıca elde edilen yapıların, yapı geçerliğini değerlendirmek için kullanılır (Kline 2005; Stapleton 1997).

Faktör analizi; veri setinin faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesi, faktörlerin elde edilmesi, faktörlerin rotasyonu ve faktörlerin isimlendirilmesi olmak üzere dört aşamadan oluşur (Öztürk 2013).

3.8.6.e. t testi ve ANOVA testi

Bağımsız t testi, birbirinden bağımsız iki grubun veya örneklemin bir bağımlı değişkene göre ortalamalarının karşılaştırılarak aralarında önemli bir farklılığın olup olmadığını belirlemede kullanılan istatistiksel yöntemdir (Ekiz 2013). Araştırmada hasta ve çalışan memnuniyetinin bir takım değişkenler açısından (cinsiyet, medeni durum gibi) farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için bağımsız t-testi kullanılmıştır.

Varyans analizi (ANOVA) bağımsız değişkenlerin asıl etkilerinin yanı sıra kendi aralarında nasıl etkileşime girdiklerini ve bu etkileşimlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini analiz etmek için kullanılır. Bağımsız değişkende çok sayıda grup varsa ANOVA kullanılır. Üç ya da daha fazla ortalamanın birbirine eşit olup olmadığını test eder (Tonta 2008). Araştırmada servisler, hastalar ve ölçeğin alt boyutları ile ilgili karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

3.8.6.f. Post hoc ve Tukey testi

Kayri'nin (2009) aktardığına göre karşılaştırma yapılacak gruplar arasında farkın olduğu durumda, farklılığa hangi grubun sebep olduğunu belirleyen istatistiksel test post-hoc olarak bilinmektedir (Köklü vd 2006; Roscoe 1975). Gruplar içerisinde farklılık yaratan grup ya da grupları belirlemek için birçok post-hoc yöntemi bulunur., Gruplar arası varyansın homojen olup-olmama özelliği, post-hoc yönteminin seçiminde etkilidir (Ramig 1983). Bu araştırmada varyansın homojen olduğu özelliğine dayanılarak Tukey testi kullanılmıştır.

3.8.6.g. Sebep – sonuç analizi

Verilerin analizi ile ilgili olarak istatistiksel analizlerin yanı sıra TKY kapsamında iyileştirilmesi gereken alanlar tespit edilmiştir. Hastaların ve çalışanların memnuniyet durumlarının tespiti ve karşılaştırmalar ile sorunların sebepleri ve sonuçları dikkate alınarak değerlendirmeler yapılmıştır. Bu bağlamda ortaya çıkan durumun oluşma nedenlerini bulabilmek amacıyla sebep – sonuç analizi kullanılmıştır. Sebep – sonuç analizi belli problemlerin olası sebeplerini ve kalite karakteristiklerini tanımlamaya, listelemeye ve göstermeye yardımcı olan bir araçtır. Verilen sonuçlar ile sonuçları etkileyen bütün faktörlerin arasındaki ilişkileri sergiler. Sebep – sonuç ilişkileri dikkate alınarak süreç iyileştirilmeye çalışılır (Tunca 2014).

3.8.6.h. Frekans ve yüzde dağılımları

Hastaların ve çalışanların memnuniyetine ilişkin ölçeğin ve alt ölçek maddelerinin frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri çizelgeler kullanılarak verilmiştir. Bu çizelgeler seçimlerin oranlarını ve nerelerde yoğunlaştığını en doğru şekilde görmemize ve böylece doğru sonuçları yorumlamamıza yardımcı olur (Anonim 2018d).

4. ARAŞTIRMA BULGULARI ve TARTIŞMA

Bu bölümde hasta memnuniyeti ile çalışan performansını ve memnuniyetini belirleyen iki ayrı ölçekten elde edilen veriler üzerinde yapılan istatistiksel analizler ile diğer analiz tekniklerinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Hasta Memnuniyeti Ölçeği

Erzurum ilindeki iki hastanede yatarak tedavi gören, tamamen tesadüfi olarak seçilen 420 kişiye, yüz yüze uygulanan ölçeğin istatistiksel verilerinin açıklandığı bu bölümde, hasta memnuniyet düzeyleri ile ilgili veriler ve bunların demografik özelliklerle olan ilişkileri belirlenmiştir. Bu bölümde ölçeğin yapı geçerliliği, güvenilirliğinin incelenmesi, yapıldığı yere dair özellikler ve hastaların demografik özellikleri analiz edilerek çizelge ve şekiller vasıtasıyla sunulmuştur.

4.1.1. Yapı geçerliliği

Araştırmada geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliğini sağlamak için önce SPSS 24.0 paket programında AFA yapılmış; daha sonra ise modelin uygunluğu test etmek için AMOS 21.0 paket programında DFA yapılmıştır.

4.1.1.a. Açımlayıcı faktör analizi (AFA)

Hasta Memnuniyeti Ölçeğine ilişkin açımlayıcı faktör analizine başlamadan önce veri yapısının analize uygunluğu ve toplanan verilerin evreni temsil edip etmeme durumu için Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testi (BTS) sonuçlarına bakılmıştır.

Çizelge 4.1'e göre ölçek verilerinin analizi sonucunda p değeri 0,000 ve KMO değeri 0,80'nin üzerinde olduğundan değişkenlerin faktör analizine uygunluğu mükemmel seviyede bulunmuştur. KMO test sonucu değeri erişilen 420 yatan hastanın yeterli

olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada elde edilen veriler için BTS testi %99 güven düzeyinde anlamlıdır. Çizelge 4.1’de BTS’nin anlamlılık değeri 0,05’den daha düşük olduğu için maddeler arasında kabul edilebilir bir oranda ilişkinin olduğu görülmüştür. Ki Kare =10041,633; Sd= 903 ve $p < 0,001$ olduğu için verilerin AFA’ya uygun olduğu söylenebilir (Field 2009).

Çizelge 4.1. KMO ve BTS testlerine ilişkin sonuçlar

KMO		0,882
	Ki-kare	10041,633
BTS	Sd	903
	P	0,000

Faktör döndürme işleminde uygun döndürme tekniği seçildikten sonra maddelerin bir faktördeki yükü artarken diğer faktörlerdeki yükleri azalır. Böylece faktörler, kendileriyle yüksek ilişki veren maddeleri bulurlar ve faktörler daha kolay yorumlanabilir (Büyüköztürk 2002). Çalışmada AFA, gelecek için en uygun çözümle ilgilenildiğinden ve çok faktörlü bir yapı söz konusu olduğundan varimax dik döndürme tekniği kullanılarak yapılmıştır.

Faktör yük değeri, maddelerin (ölçekteki soruların) faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir (Büyüköztürk 2002). Bu doğrultuda ölçek geliştirme sürecinde binişik maddeler ve 0,32 faktör yük değerinden az olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Faktör yükleri tablosunda birden fazla faktörde 0,32’den büyük bir değer alan ve söz konusu yük değerleri arasındaki farkın 0,10’dan az olduğu maddelere binişik maddeler denir (Deniz 2016).

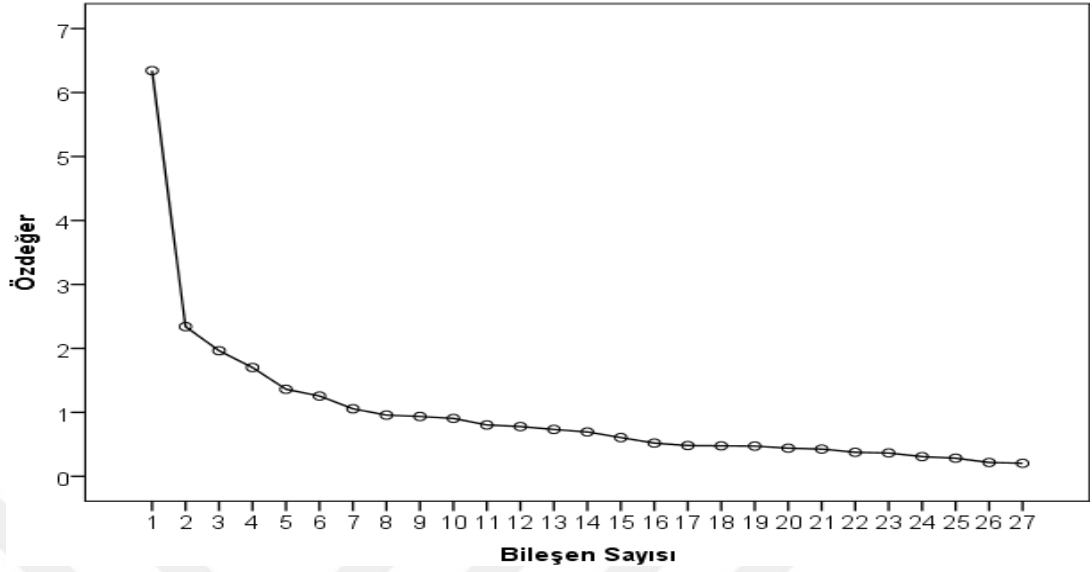
Ölçekte yer alan “Genel Değerlendirme” bölümünün haricindeki diğer boyutlara AFA uygulandığında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

a) Hastane değerlendirme için AFA: Hastane değerlendirme boyutunda yer alan 29 maddeye AFA uygulandığında; 8 faktör ortaya çıkmıştır. Sırasıyla 11. ve 15. maddeler birden fazla faktöre binişik yüklendikleri veya faktör yük değerleri 0,32'nin altında olduğu için analizden çıkartılmışlardır. 27 madde varyansın % 59,33'ünü açıklayan 7 faktörde toplanmıştır. Toplam varyansı oluşturan her bir faktörün değerinin ise 1. faktör için %12,655; 2. faktör için %10,696; 3. faktör için %8,689; 4. faktör için %8,280; 5. faktör için %7,463; 6. faktör için %6,547 ve 7. faktör için %5,000 olduğu belirlenmiştir.

b) Personel değerlendirme için AFA: Personel ile ilgili değerlendirmelerde yer alan 19 maddeye AFA uygulandığında 3 faktör ortaya çıkmıştır. 44. madde birden fazla faktöre binişik yüklendiği için analizden çıkartılmıştır. 18 madde varyansın % 67,624'ünü açıklayan 3 faktörde toplanmıştır. Toplam varyansı oluşturan her bir faktörün değerinin ise 1. faktör için %28,500; 2. faktör için %22,168 ve 3. faktör için %16,956 olduğu belirlenmiştir.

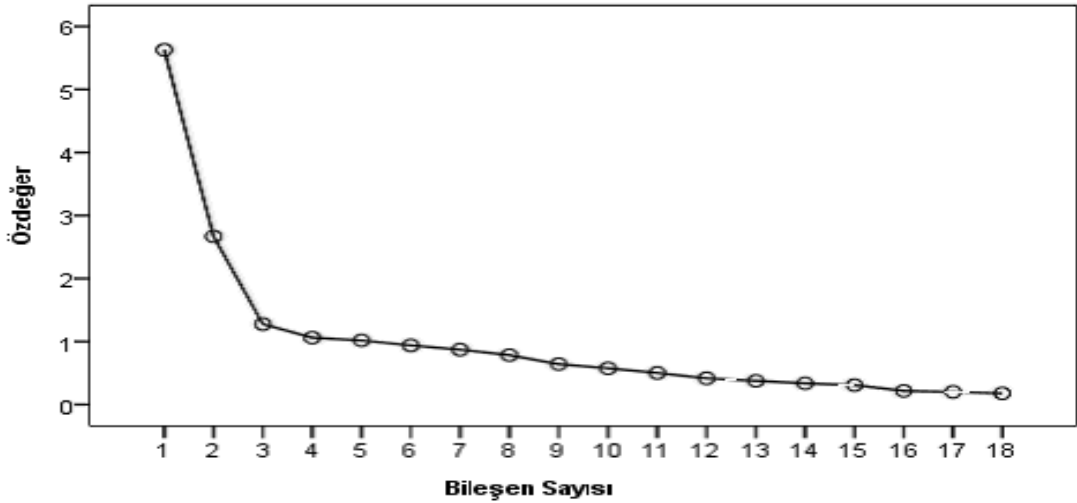
c) Süreç değerlendirme için AFA: Süreç ile ilgili değerlendirmelerde yer alan 11 maddeye AFA uygulandığında 3 faktör ortaya çıkmıştır. Sırasıyla 58. ve 59. maddeler birden fazla faktöre binişik yüklendikleri veya faktör yük değerleri 0,32'nin altında olduğu için analizden çıkartılmışlardır. 9 madde varyansın % 55,87'sini açıklayan 2 faktörde toplanmıştır. Toplam varyansı oluşturan her bir faktörün değerinin ise 1. faktör için %30,766 ve 2. faktör için %25,101 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada döndürme sonrası faktör yük değerleri **EK 3**'de verilmiştir.

Hasta memnuniyet ölçeğinin hastane değerlendirme boyutunun faktörlerini gösteren özdeğerlere ait yamaç eğim grafiği Şekil 4.1'de, personel değerlendirme için yamaç eğim grafiği Şekil 4.2'de ve süreç değerlendirme için yamaç eğim grafiği Şekil 4.3'de verilmiştir. Grafikte dikey eksen özdeğer miktarlarını, yatay eksen ise bileşen sayısını gösterir (Büyüköztürk 2002). İki nokta arasındaki her bir aralık bir faktör anlamına gelmektedir (Çokluk vd 2012). Grafikte yüksek ivmeli, hızlı düşüşlerin yaşandığı faktör, önemli faktör sayısını verir.



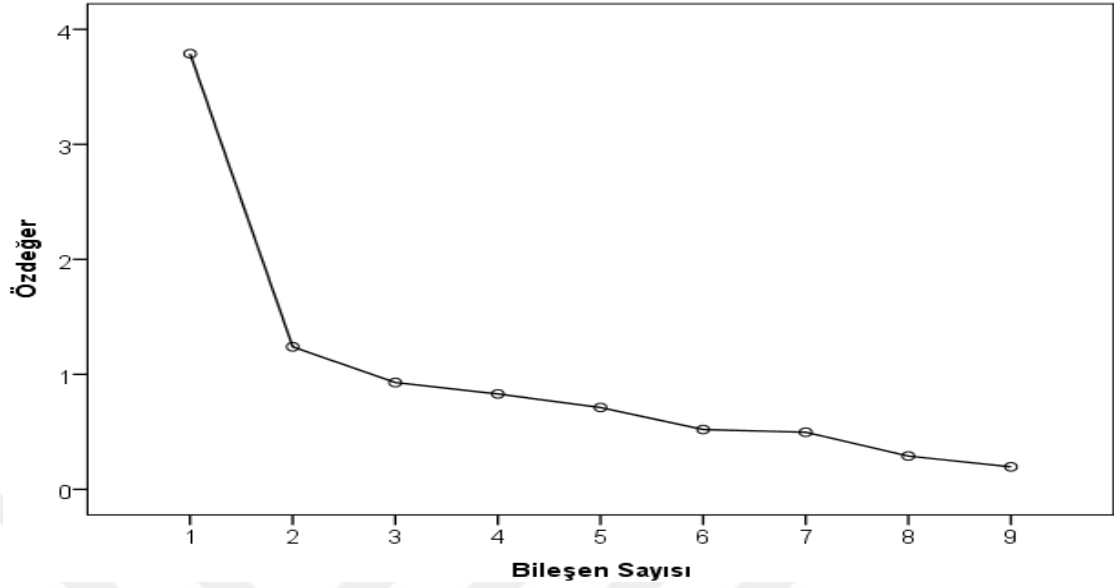
Şekil 4.1. Hastane değerlendirme boyutuna ait yamaç eğim (scree plot) grafiği

Şekil 4.1'de hastane değerlendirme boyutuna ait eğimin 7 noktasından sonra kararlı bir yapı gösterdiği söylenebilir. Ayrıca ölçeğin özdeğerinin 1'den büyük olan 7 faktör altında toplandığı düşünülebilir.



Şekil 4.2. Personel değerlendirme boyutuna ait yamaç eğim (scree plot) grafiği

Şekil 4.2'de personel değerlendirme boyutuna ait eğimin 3 noktasından sonra kararlı bir yapı gösterdiği söylenebilir. Ayrıca ölçeğin özdeğerinin 1'den büyük olan 3 faktör altında toplandığı düşünülebilir.



Şekil 4.3. Süreç değerlendirme boyutuna ait yamaç eğim (scree plot) grafiği

Şekil 4.3’de süreç değerlendirme boyutuna ait eğimin 2 noktasından sonra kararlı bir yapı gösterdiği söylenebilir. Ayrıca ölçeğin özdeğerinin 1’den büyük olan 2 faktör altında toplandığı düşünülebilir. Bu sonuçlar da açımlayıcı faktör analizi sonuçlarını desteklemektedir.

4.1.1.b. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

AFA ile belirlenen modelin doğrulanıp doğrulanmadığını test etmek amacıyla hastane değerlendirme boyuna ait 7 faktör ve 27 madde, personel boyutuna ait 3 faktör ve 18 madde ve süreç boyutuna ait 2 faktör ve 9 madde AMOS 21.0 paket programında DFA ile test edilmiştir.

Model uyumunun test edilmesi için çeşitli istatistikler kullanılmaktadır. Araştırmada Ki-kare uyum testi, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), Normlaştırılmış Uyum Testi (NFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Uyum İyiliği İndeksi (GFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI) incelenmiştir. Özabacı’nın (2011) Schermelleh-Engel *et. al.*’dan (2003) aktardığına göre bu indekslere ilişkin değerler Çizelge 4.2’de verilmiştir.

Çizelge 4.2. Model uyum indeksleri ve ölçeğin boyutlarının araştırma uyum değerleri

Hastane değerlendirme			
Uyum İndeksi	İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Araştırma uyum değerleri
RMSEA	$0 \leq \text{RMSEA} \leq 0,05$	$0,05 < \text{RMSEA} \leq 0,10$	0,048
NFI	$0,95 \leq \text{NFI} < 1,00$	$0,90 \leq \text{NFI} < 0,95$	0,900
CFI	$0,97 \leq \text{CFI} \leq 1,00$	$0,95 \leq \text{CFI} < 0,97$	0,950
GFI	$0,95 \leq \text{GFI} < 1,00$	$0,90 \leq \text{GFI} < 0,95$	0,936
AGFI	$0,90 \leq \text{AGFI} \leq 1,00$	$0,85 \leq \text{AGFI} < 0,90$	0,910
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/\text{sd} \leq 2$	$2 < \chi^2/\text{sd} \leq 3$	290,321/148=1,962
Personel değerlendirme			
Uyum İndeksi	İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Araştırma uyum değerleri
RMSEA	$0 \leq \text{RMSEA} \leq 0,05$	$0,05 < \text{RMSEA} \leq 0,10$	0,062
NFI	$0,95 \leq \text{NFI} < 1,00$	$0,90 \leq \text{NFI} < 0,95$	0,940
CFI	$0,97 \leq \text{CFI} \leq 1,00$	$0,95 \leq \text{CFI} < 0,97$	0,962
GFI	$0,95 \leq \text{GFI} < 1,00$	$0,90 \leq \text{GFI} < 0,95$	0,923
AGFI	$0,90 \leq \text{AGFI} \leq 1,00$	$0,85 \leq \text{AGFI} < 0,90$	0,890
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/\text{sd} \leq 2$	$2 < \chi^2/\text{sd} \leq 3$	313,160/120=2,610
Süreç değerlendirme			
Uyum İndeksi	İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Araştırma uyum değerleri
RMSEA	$0 \leq \text{RMSEA} \leq 0,05$	$0,05 < \text{RMSEA} \leq 0,10$	0,051
NFI	$0,95 \leq \text{NFI} < 1,00$	$0,90 \leq \text{NFI} < 0,95$	0,981
CFI	$0,97 \leq \text{CFI} \leq 1,00$	$0,95 \leq \text{CFI} < 0,97$	0,990
GFI	$0,95 \leq \text{GFI} < 1,00$	$0,90 \leq \text{GFI} < 0,95$	0,985
AGFI	$0,90 \leq \text{AGFI} \leq 1,00$	$0,85 \leq \text{AGFI} < 0,90$	0,961
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/\text{sd} \leq 2$	$2 < \chi^2/\text{sd} \leq 3$	23,052/11=2,096

Çizelge 4.2’de gösterilen model uyum indeksleri ve araştırmadan elde edilen uyum değerleri karşılaştırıldığında, değerlerin iyi bir model oluşturduğu söylenebilir. Model uyum indekslerinin kabul edilebilir bir uyum göstermesi için AMOS çıktısının standartlaştırılmış regresyon ağırlıklarına (Standardized Regression Weights) bakılarak

faktör yükleri incelenmiştir. Hastane değerlendirme boyutunda modelden sırasıyla 0,60'ın altında faktör yüküne sahip 28, 10, 9, 14, 7, 6 ve 25. maddeler ve süreç değerlendirme boyutunda 49 ve 53. maddeler çıkarılmıştır. Elde edilen yeni modelin DFA faktör yükleri **EK 4**'de verilmiştir. Buna göre maddelerin faktör yükleri 0,60'ın üzerinde olup kabul edilebilir düzeydedir.

4.1.2. Güvenilirliğin incelenmesi

Faktörlerin güvenilirliklerinin hesaplanmasında Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Ölçek uygulanan iki hastanenin ve genel ölçeğin her bir faktörü için yapılan güvenilirlik analizi sonuçları Çizelge 4.3'de verilmiştir.

Çizelge 4.3. Boyutlara ve faktörlere ilişkin Cronbach Alpha değerleri

		Cronbach Alpha değeri		
Boyut	Faktör	BEAH	PDH	Ölçek
Hastane ile İlgili Memnuniyet		0,807	0,881	0,844
Hastane Değerlendirme	Fiziki Ortam	0,743	0,879	0,822
	Erişim	0,630	0,580	0,647
	Oda Hizmetleri	0,640	0,768	0,692
	Oda Koşulları	0,551	0,741	0,636
	Yemek Hizmeti	0,814	0,845	0,832
	Kafeterya Hizmeti	0,579	0,884	0,768
Personel ile İlgili Memnuniyet		0,917	0,948	0,930
Personel Değerlendirme	Doktorlar	0,831	0,924	0,872
	Hemşireler	0,922	0,961	0,939
	Diğer Personel	0,839	0,852	0,844
Süreç ile İlgili Memnuniyet		0,805	0,837	0,817
Süreç Değerlendirme	Süreç	0,728	0,819	0,767
	Birim Hizmet Kalitesi	0,795	0,805	0,799
Genel Hasta Memnuniyeti		0,906	0,936	0,917

Çizelge 4.3'deki değerlere göre; ölçeğin genel Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir çıkmıştır. Çalışmada güvenilirlik için alt sınır olarak 0,60 belirlenmiştir. Sonuç olarak güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.

Ölçeğin faktör ile boyutlarının içerdiği maddeler ve memnuniyet düzey aralıkları Çizelge 4.4'de verilmiştir.

Çizelge 4.4. Hasta memnuniyeti ölçeğinin alt faktörleri ve maddeleri

Boyut	Faktör	Maddeler	Minimum Düzey	Maksimum Düzey
Hastane Değerlendirme	Fiziki Ortam	1, 2, 3	3	15
	Erişim	4, 5	2	10
	Oda Hizmetleri	8, 16, 17, 18, 19	5	25
	Oda Koşulları	12, 13	2	10
	Yemek Hizmeti	20, 21, 22, 23, 24, 25	6	30
	Kafeterya Hizmeti	26, 27, 29	3	15
Hastane Değerlendirme Toplam			21	105
Personel Değerlendirme	Doktorlar	30, 31, 32, 33, 34, 35, 36	7	35
	Hemşireler	37, 38, 39, 40, 41, 42, 43	7	35
	Diğer Personel	45, 46, 47, 48	4	20
Personel Değerlendirme Toplam			18	90
Süreç Değerlendirme	Süreç	50, 51, 52, 54	4	20
	Birim Hizmet Kalitesi	55, 56, 57	3	15
Süreç Değerlendirme Toplam			7	35
Tüm Ölçek Toplam (Hastane, Personel, Süreç)			46	230

Çizelge 4.4’de görüldüğü üzere analizler sonucu hasta memnuniyeti ölçeğinde 3 boyut, 11 alt faktör ve 46 madde oluşmuş ve ölçek kararlı yapısına ulaşmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapıldıktan sonra alt faktörlere isim verme işlemine geçilmiştir. Hasta memnuniyeti ölçeğinin 11 alt faktörüne sırasıyla fiziki ortam, erişim, oda hizmetleri, oda koşulları, yemek hizmeti, kafeterya hizmeti, doktorlar, hemşireler, diğer personel, süreç, birim hizmet kalitesi isimleri verilmiştir. Faktörlerin, boyutların ve tüm ölçeğin memnuniyet düzeyini belirlemek için bir hesaplama algoritması geliştirilmiştir.

Yapılan çalışmalar sonucu oluşturulan ölçeğin ilk hali **EK 5**’de, son hali **EK 6**’da verilmiştir.

4.1.3. Ölçeğin yapıldığı yere dair özellikler

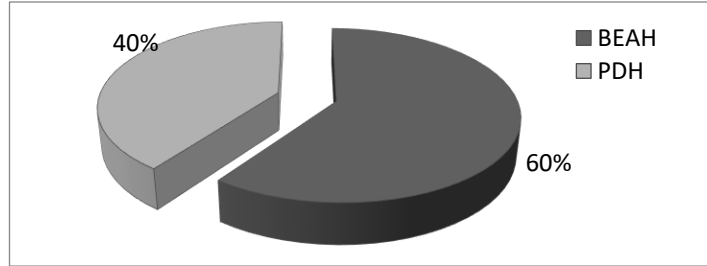
Ölçeğin yapıldığı hastane, servis, hastanın kaldığı odanın türü, odada kalan hasta sayısı ve hastanın hastanede kaldığı süre hakkında analizi yapılan veriler ayrıntılı olarak incelenmiştir. Ölçeğin yapıldığı yere dair özellikler; ölçeğe katılan yatan hastalar ile ilgili genel bilgi sağlamanın yanında, katılımcıların memnuniyetlerinin karşılaştırılmasında kullanılmaktadır.

Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu hastane yönünden dağılımları Çizelge 4.5’de belirtilmiştir. Buna göre ölçeğe katılanların %60’ı BEAH’den, %40’ı ise PDH’den olmuştur.

Çizelge 4.5. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu hastanelere göre dağılımları

Hastane	Frekans (N)	Yüzde (%)
Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BEAH)	252	60
Palandöken Devlet Hastanesi (PDH)	168	40
Toplam	420	100

BEAH'de yatan hasta sayısı, PDH'den daha fazla olduğundan BEAH'de ölçeğe katılım daha fazla olmuştur. Bu durum Şekil 4.4'de daha belirgin olarak görülmektedir.



Şekil 4.4. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu hastanelere göre dağılımı

Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu servislere göre dağılımları Çizelge 4.6'da belirtilmiştir.

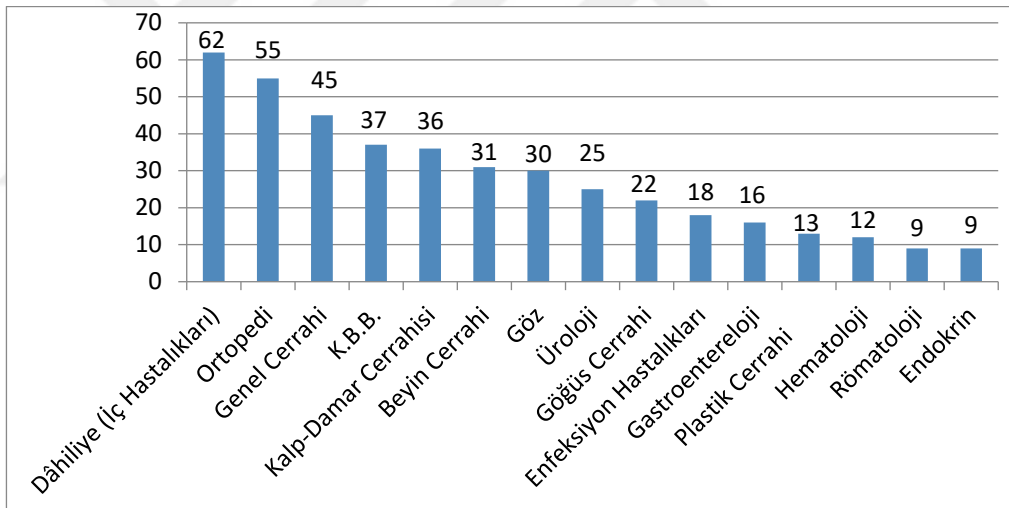
Çizelge 4.6. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu servislere göre dağılımları

Servis	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Genel Cerrahi	20	7,9	25	14,9	45	10,7
Kalp-Damar Cerrahisi	31	12,3	5	3,0	36	8,6
Göğüs Cerrahi	15	6,0	7	4,2	22	5,2
Göz	15	6,0	15	8,9	30	7,1
Dâhiliye (İç Hastalıkları)	20	7,9	42	25,0	62	14,8
K.B.B.	15	6,0	22	13,1	37	8,8
Beyin Cerrahi	16	6,3	15	8,9	31	7,4
Ortopedi	25	9,9	30	17,9	55	13,1
Plastik Cerrahi	13	5,2	-	-	13	3,1
Enfeksiyon Hastalıkları	16	6,3	2	1,2	18	4,3
Üroloji	20	7,9	5	3,0	25	6,0
Gastroenteroloji	16	6,3	-	-	16	3,8
Hematoloji	12	4,8	-	-	12	2,9
Römatoloji	9	3,6	-	-	9	2,1
Endokrin	9	3,6	-	-	9	2,1
Toplam (servislere göre)	252	100	168	100	420	100

BEAH servislerindeki ölçek yanıtlayıcıları içerisinde en yüksek katılım %12,3 ile Kalp-Damar Cerrahisi servisinde gerçekleşmiştir. Kalp-Damar Cerrahisi servisini Ortopedi servisi izlemektedir. Römatooloji ve Endokrin servisleri ise ölçek yanıtlayıcıları içerisinde en az katılım olan servislerdir.

PDH'de ise ölçek yanıtlayıcıları içerisinde en yüksek katılımın %25 ile Dâhiliye (İç Hastalıkları) servisinde gerçekleştiği görülmektedir. Dâhiliye servisini Ortopedi servisi izlemektedir. Enfeksiyon Hastalıkları ise en az katılıma sahip servistir.

Şekil 4.5'den de görüldüğü üzere genel olarak ölçeğe en fazla katılım sırasıyla Dâhiliye (İç Hastalıkları), Ortopedi ve Genel Cerrahi servislerinde olmuştur.



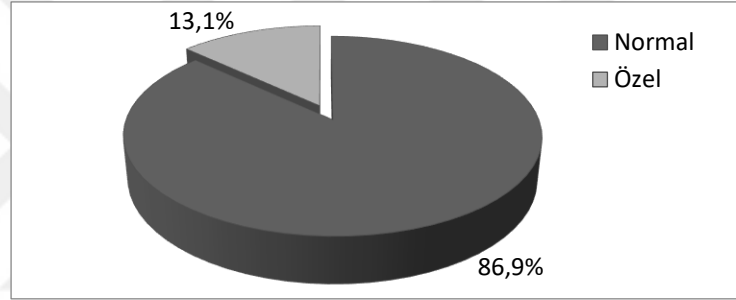
Şekil 4.5. Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu servislere göre dağılımları

Ölçeğe katılan yatan hastaların kaldıkları odanın türüne göre dağılımları Çizelge 4.7'de belirtilmiştir. BEAH'de yatan hastaların %91,3'ü normal, %8,7'si özel odada kalmaktadır. PDH'de ise yatan hastaların %80,4'si normal, %19,6'si ise özel odada kalmaktadır. Ölçeğe katılanların çoğunluğunun normal odada kalmasının nedeni hastanelerdeki özel oda sayısının normal oda sayısından daha az olmasıdır.

Çizelge 4.7. Ölçeğe katılan yatan hastaların kaldıkları oda türüne göre dağılımları

Oda Türü	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Normal	230	91,3	135	80,4	365	86,9
Özel	22	8,7	33	19,6	55	13,1
Toplam	252	100	168	100	420	100

Genel olarak ölçeğe katılanların kaldıkları oda türü Şekil 4.6’da daha belirgin olarak görülmektedir.

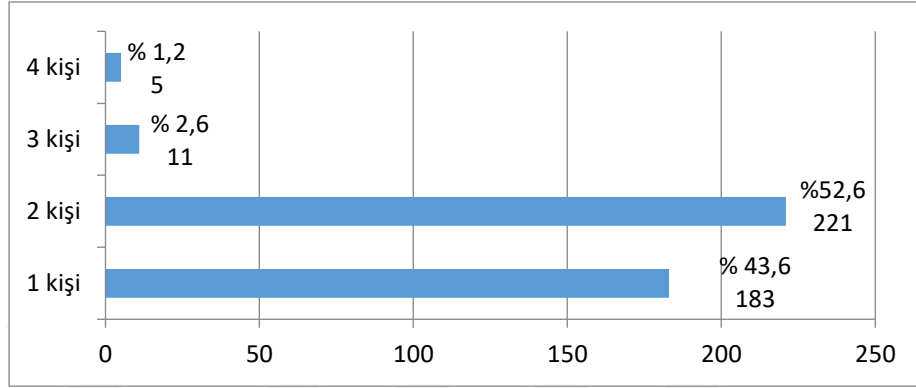
**Şekil 4.6.** Ölçeğe katılan yatan hastaların kaldıkları oda türüne dağılımları

Ölçeğe katılan yatan hastaların tedavi olduğu odada kalan hasta sayıları Çizelge 4.8’de belirtilmiştir. Buna göre odada kalan hasta sayısı en çok BEAH’de %57,9 ile 2 hasta, PDH’de ise %45,8 ile 1 hasta olduğu tespit edilmiştir. BEAH’de odalar en fazla 2 kişilik olup 3 ve 4 kişilik odalar yoktur.

Çizelge 4.8. Ölçeğe katılan hastaların odada kalan hasta sayısına göre dağılımları

Odada Kalan Hasta Sayısı	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
1	106	42,1	77	45,8	183	43,6
2	146	57,9	75	44,6	221	52,6
3	-	-	11	6,5	11	2,6
4	-	-	5	3,0	5	1,2
Toplam	252	100	168	100	420	100

Şekil 4.7’den de görüldüğü üzere genel olarak ölçeğe katılan yatan hastaların odalarında %52,6 oranında 2 hasta, %43,6 oranında 1 hasta kalmaktadır.



Şekil 4.7. Ölçeğe katılan hastaların odada kalan hasta sayısına göre dağılımları

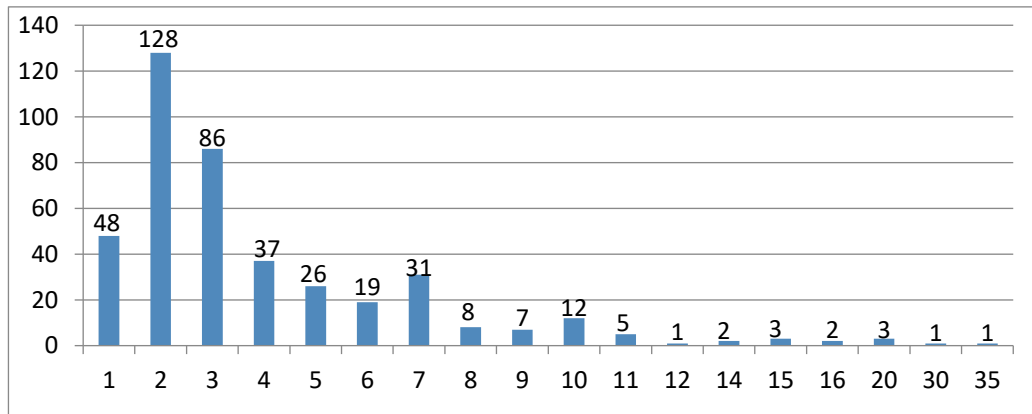
Ölçeğe katılan yatan hastaların hastanede kaldığı gün sayılarına ilişkin veriler Çizelge 4.9’da belirtilmiştir. Buna göre BEAH’deki ölçek yanıtlayıcılarının hastanede kaldıkları en fazla süreler; %27 oranında 2 gün, %23 oranında 3 gün, %13,5 oranında 1 gündür. Hastaların hastanede kaldıkları en az gün miktarı ise %0,4 ile 30-35 gün olarak tespit edilmiştir.

PDH’deki ölçek yanıtlayıcılarının hastanede kaldıkları en fazla süreler; %35,7 oranında 2 gün, %16,7 oranında 3 gün, %10,7 oranında 4 gündür. Yatan hastaların hastanede kaldıkları en az sürelerin %0,6 ile 12 ve 15 gün olduğu belirlenmiştir.

Genel olarak ölçeğe katılan yatan hastaların hastanede kaldığı sürelerin sırasıyla 2 gün, 3 gün, 1 gün ve 4 gün olduğu Şekil 4.8’de daha belirgin olarak görülmektedir.

Çizelge 4.9. Ölçeğe katılan hastaların hastanede kaldığı gün sayısına göre dağılımları

Kalış Süresi (gün)	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
1	34	13,5	14	8,3	48	11,4
2	68	27,0	60	35,7	128	30,5
3	58	23,0	28	16,7	86	20,5
4	19	7,5	18	10,7	37	8,8
5	12	4,8	14	8,3	26	6,2
6	12	4,8	7	4,2	19	4,5
7	19	7,5	12	7,1	31	7,4
8	6	2,4	2	1,2	8	1,9
9	3	1,2	4	2,4	7	1,7
10	7	2,8	5	3,0	12	2,9
11	3	1,2	2	1,2	5	1,2
12	0	0	1	0,6	1	0,2
14	2	0,8	0	0	2	0,5
15	2	0,8	1	0,6	3	0,7
16	2	0,8	0	0	2	0,5
20	3	1,2	0	0	3	0,7
30	1	0,4	0	0	1	0,2
35	1	0,4	0	0	1	0,2
Toplam	252	100	168	100	420	100



Şekil 4.8. Ölçeğe katılan hastaların hastanede kaldığı gün sayısına göre dağılımları

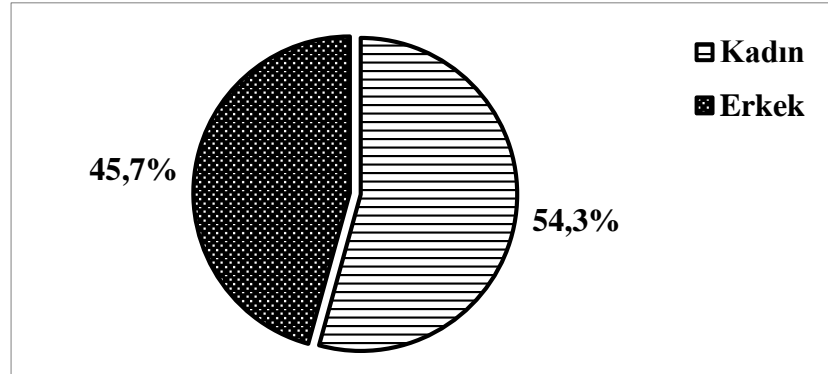
4.1.4. Hastaların demografik özelliklerine ait bulgular

Ölçeğe katılan yatan hastaların cinsiyet yönünden dağılımları Çizelge 4.10'da belirtilmiştir. Buna göre BEAH'de ankete katılanların %47,6'sı erkek, %52,4'ü kadın olmuştur. PDH'de ise ölçeğe katılan %42,9'u erkek, %57,1'i kadın olmuştur.

Çizelge 4.10. Ölçeğe katılan yatan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları

Cinsiyet	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Erkek	120	47,6	72	42,9	192	45,7
Kadın	132	52,4	96	57,1	228	54,3
Toplam	252	100	168	100	420	100

Şekil 4.9'da genel olarak ölçeğe katılan yatan hastaların %45,7'sinin erkek , %54,3'ünün ise kadın olduğu görülmektedir.



Şekil 4.9. Ölçeğe katılan yatan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

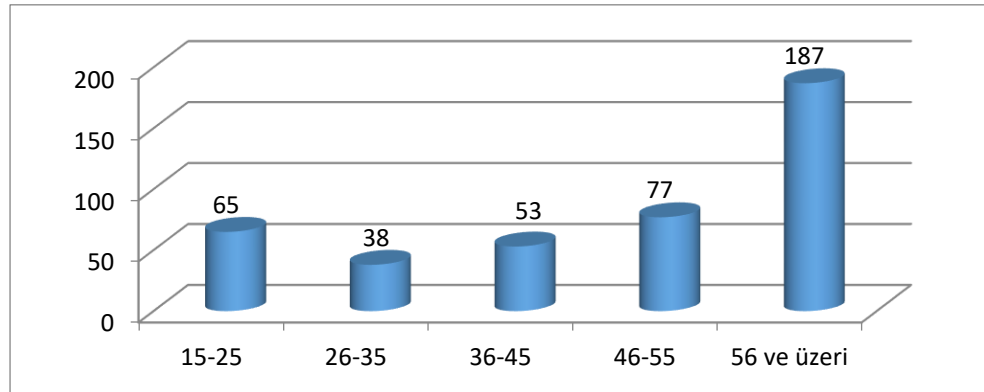
Ölçeğe katılan yatan hastaların yaş yönünden dağılımları Çizelge 4.11'de belirtilmiştir. Yaş gruplarının seçimlerinde, yapılan bilimsel çalışmaların ortalaması alınmıştır. Görüldüğü üzere katılımcının en fazla olduğu yaş aralığı %45,2 ile 56 ve üzeri, katılımcının en az olduğu yaş aralığı ise %9,1 ile 26-35 yaş aralığıdır.

Çizelge 4.11. Ölçeğe katılan yatan hastaların yaş gruplarına göre dağılımları

Yaş	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
15-25	37	14,7	28	16,7	65	15,5
26-35	23	9,1	15	8,9	38	9,0
36-45	29	11,5	24	14,3	53	12,6
46-55	49	19,4	28	16,7	77	18,3
56 ve üzeri	114	45,2	73	43,5	187	44,5
Toplam	252	100	168	100	420	100

PDH’de ise 56 ve üzeri yaş aralığında olanlar %43,5 ile katılımcının en fazla olduğu yaş aralığı iken, 26-35 yaş aralığında olanlar %8,9 ile katılımcının en az olduğu yaş aralığıdır.

Şekil 4.10’da genel olarak ölçeğe katılan yatan hastaların yaş grubunun en fazla 56 ve üzeri olduğu belirgin olarak görülmektedir.

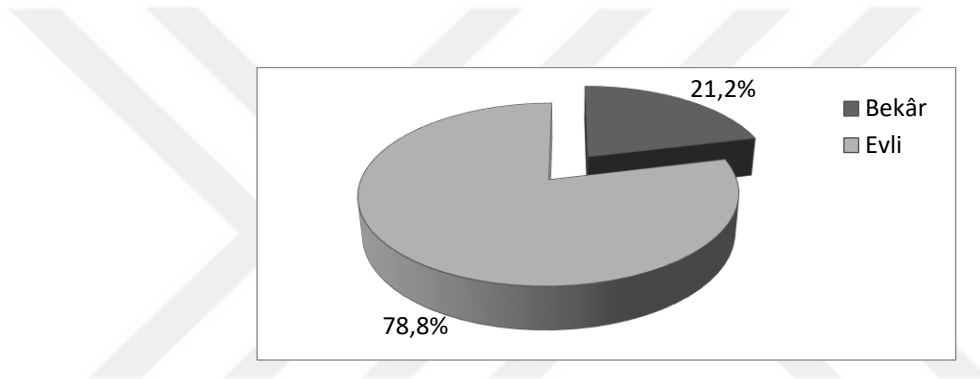
**Şekil 4.10.** Ölçeğe katılan yatan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Ölçeğe katılan yatan hastaların medeni durum yönünden dağılımları Çizelge 4.12’de belirtilmiştir. BEAH’de ölçeğe katılanların %20,2’si bekâr, %79,8’i evlidir. PDH’de ise ölçeğe katılanların %22,6’sı bekâr, %77,4’ü evlidir.

Çizelge 4.12. Ölçeğe katılan yatan hastaların medeni durumlarına göre dağılımları

Medeni Durum	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Bekâr	51	20,2	38	22,6	89	21,2
Evli	201	79,8	130	77,4	331	78,8
Toplam	252	100	168	100	420	100

Şekil 4.11'den de görüldüğü üzere ölçeğe katılan yatan hastaların % 78,8'inin evli olduğu görülmektedir.

**Şekil 4.11.** Ölçeğe katılan yatan hastaların medeni durumlarına göre dağılımı

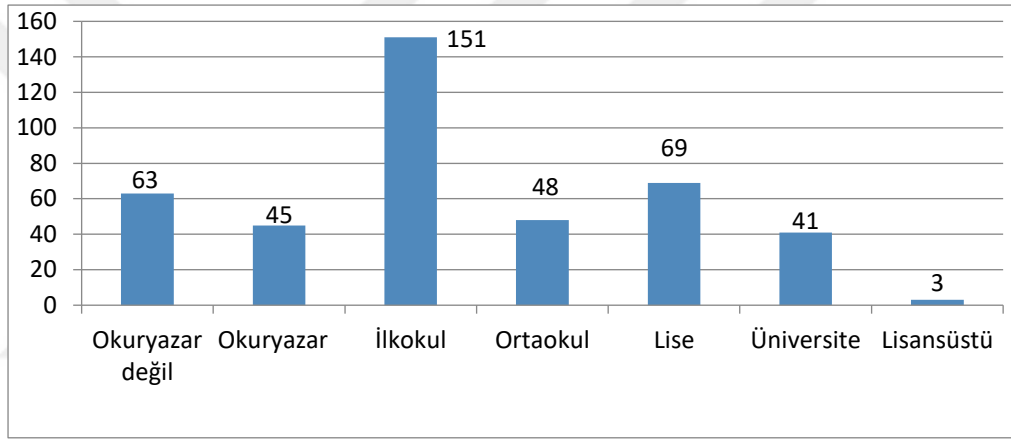
Ölçeğe katılan yatan hastaların eğitim durumu bakımından dağılımları Çizelge 4.13'de belirtilmiştir.

Çizelge 4.13. Ölçeğe katılan yatan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları

Eğitim Durumu	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Okuryazar değil	42	16,7	21	12,5	63	15,0
Okuryazar	27	10,7	18	10,7	45	10,7
İlkokul	94	37,3	57	33,9	151	36,0
Ortaokul	24	9,5	24	14,3	48	11,4
Lise	40	15,9	29	17,3	69	16,4
Üniversite	22	8,7	19	11,3	41	9,8
Lisansüstü	3	1,2	0	0	3	0,7
Toplam	252	100	168	100	420	100

Çizelge 4.13’de görüldüğü üzere BEAH’deki ölçeğe katılanların en fazla mezun oldukları okulun %37,3 ile ilkokul olduğu görülmektedir. Hastaların sadece %1,2’sinin ise lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. PDH’de ise ölçeğe katılanların en fazla mezun oldukları okul %33,9 ile ilkokul iken %10,7’lik kısım ise okuryazar hastalardan oluşmuştur.

Şekil 4.12’den de görüldüğü üzere ölçeğe katılan yatan hastaların genelinin en fazla mezun olduğu okul ilkokuldur.



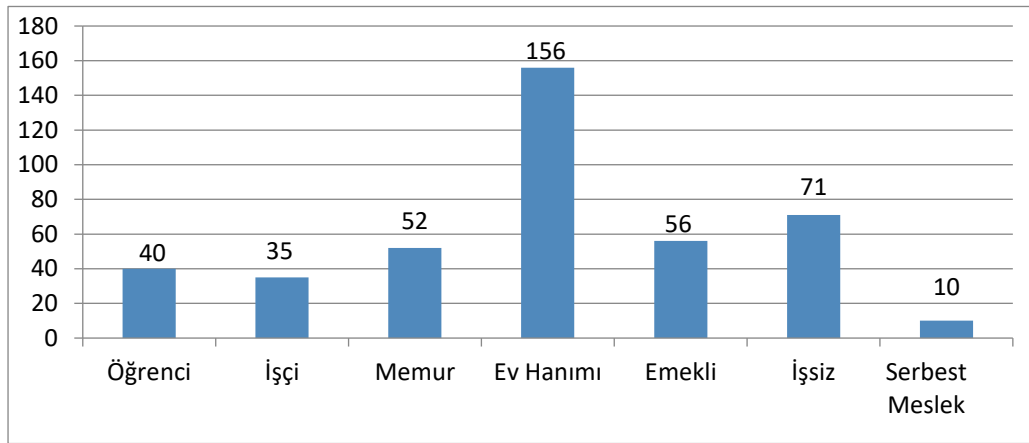
Şekil 4.12. Ölçeğe katılan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları

Ölçeğe katılan yatan hastaların meslekleri bakımından dağılımları Çizelge 4.14’de belirtilmiştir. Buna göre ölçeğe katılanlarda en çok görülen meslek grubu BEAH’de %39,7 ile, PDH’de ise %33,3 ile ev hanımıdır. Ev hanımı grubunu, hem BEAH’de hem de PDH’de işsiz hastalar izlemektedir.

Çizelge 4.14. Ölçeğe katılan yatan hastaların mesleklerine göre dağılımları

Meslek	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Öğrenci	25	9,9	15	8,9	40	9,5
İşçi	20	7,9	15	8,9	35	8,3
Memur	33	13,1	19	11,3	52	12,4
Ev Hanımı	100	39,7	56	33,3	156	37,1
Emekli	28	11,1	28	16,7	56	13,3
İşsiz	42	16,7	29	17,3	71	16,9
Serbest Meslek (Esnaf, Sanayici, vb.)	4	1,6	6	3,6	10	2,4
Toplam	252	100	168	100	420	100

Ölçeğe katılan yatan hastalara genel olarak bakıldığında ise hastaların daha çok ev hanımı olduğu Şekil 4.13’de görülmektedir.

**Şekil 4.13.** Ölçeğe katılan yatan hastaların mesleklerine göre dağılımları

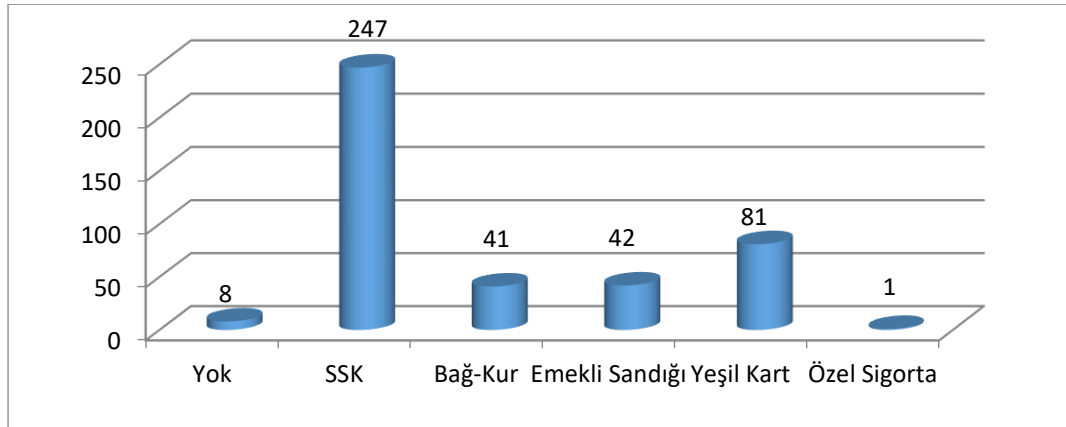
Ölçeğe katılan yatan hastaların sosyal güvenceleri bakımından dağılımları Çizelge 4.15’de belirtilmiştir. Buna göre BEAH’de ölçeğe katılan hastaların %52’sinin, yani büyük çoğunluğunun, SSK aracılığıyla sağlık hizmeti aldıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların sadece %0,4’ünün (1 kişi) özel sigortaya sahip olduğu görülmüştür. PDH’de ise ölçeğe katılan hastaların %69’unun SSK aracılığıyla sağlık hizmeti aldıkları

tespit edilmiştir. Katılımcıların %1,2'sinin (2 kişi) herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı görülmüştür.

Çizelge 4.15. Ölçeğe katılan yatan hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımları

Sosyal Güvence	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Yok	6	2,4	2	1,2	8	1,9
SSK	131	52,0	116	69,0	247	58,8
Bağ-Kur	23	9,1	18	10,7	41	9,8
Emekli Sandığı	26	10,3	16	9,5	42	10,0
Yeşil Kart	65	25,8	16	9,5	81	19,3
Özel Sigorta	1	0,4	-	-	1	0,2
Toplam	252	100	168	100	420	100

Şekil 4.14'den de görüldüğü üzere ölçeğe katılan yatan hastaların çoğunluğu SSK aracılığı ile hizmet almaktadır.



Şekil 4.14. Ölçeğe katılan yatan hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımları

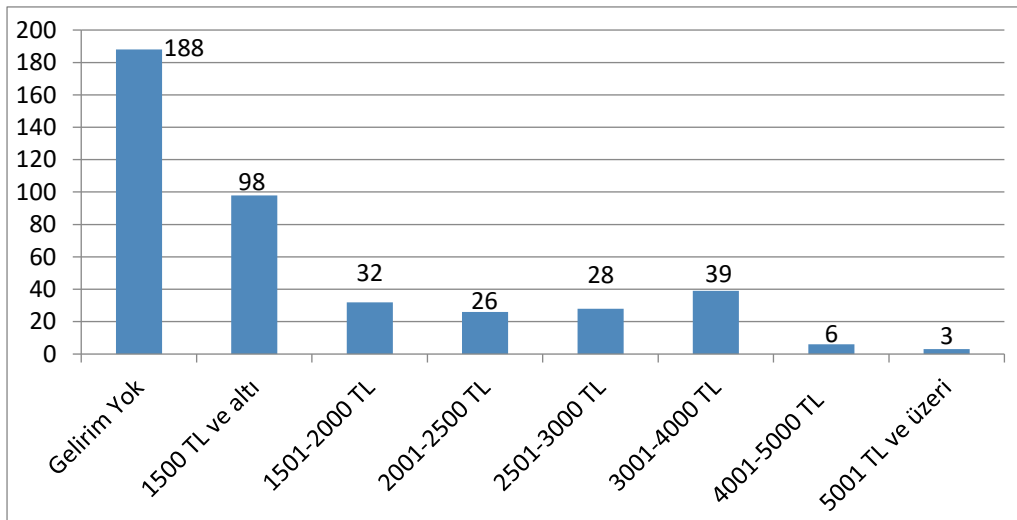
Ölçeğe katılan yatan hastaların aylık gelirleri bakımından dağılımları Çizelge 4.16'da belirtilmiştir. Buna göre ölçeğe katılan hastaların çoğunluğu BEAH'de %48 ile, PDH'de ise %39,9 ile herhangi bir gelire sahip değillerdir. Bu oranın fazla olmasının sebebi meslek grubunda ev hanımı sayısının fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Ölçeğe katılan hastaların gelir grubuna göre dağılımı incelendiğinde BEAH’de %1,6 ile, PDH’de ise %1,2 ile 4001-5000 TL gelir grubundaki hastaların en az sayıda olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.16. Ölçeğe katılan yatan hastaların aylık gelir gruplarına göre dağılımları

Aylık Gelir	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Gelirim yok	121	48,0	67	39,9	188	44,8
1500 TL ve altı	54	21,4	44	26,2	98	23,3
1501-2000 TL	18	7,1	14	8,3	32	7,6
2001-2500TL	8	3,2	18	10,7	26	6,2
2501-3000 TL	20	7,9	8	4,8	28	6,7
3001-4000 TL	27	10,7	12	7,1	39	9,3
4001-5000 TL	4	1,6	2	1,2	6	1,4
5001 TL ve üzeri	0	0	3	1,8	3	0,7
Toplam	252	100	168	100	420	100

Genel olarak ölçeğe katılan yatan hastaların büyük çoğunluğunun (%44,8) herhangi bir yerden gelirlerinin olmadığı Şekil 4.15’den de görülmektedir.



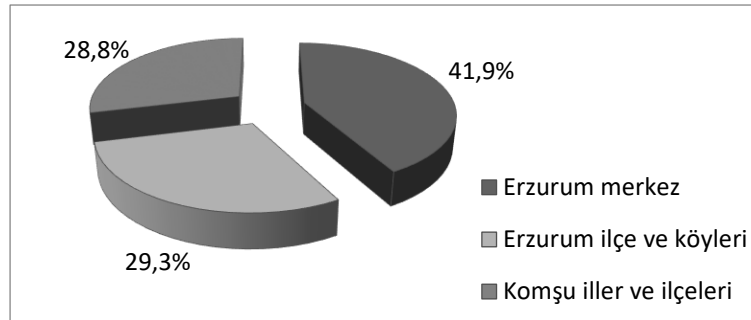
Şekil 4.15. Ölçeğe katılan yatan hastaların aylık gelir gruplarına göre dağılımları

Ölçeğe katılan yatan hastaların ikametgâh yeri yönünden dağılımları Çizelge 4.17’de belirtilmiştir. Buna göre BEAH’deki hastaların %36,1’i Erzurum merkezde, %34,1’i Erzurum ilçe ve köylerinde yaşarken, %29,8’i ise komşu iller ve ilçelerinde ikamet ettikleri görülmektedir. PDH’deki hastaların ise %50,6’sı Erzurum merkezde, %22’si Erzurum ilçe ve köylerinde yaşarken, %27,4’nün ise komşu iller ve ilçelerinde ikamet ettikleri görülmektedir.

Çizelge 4.17. Ölçeğe katılan yatan hastaların ikametgâh yerlerine göre dağılımları

İkametgâh Yeri	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Erzurum merkez	91	36,1	85	50,6	176	41,9
Erzurum ilçe ve köyleri	86	34,1	37	22,0	123	29,3
Komşu iller ve ilçeleri	75	29,8	46	27,4	121	28,8
Toplam	252	100	168	100	420	100

Çizelge 4.17’ye göre Erzurum merkezde ikamet edenler sağlık hizmeti almak için PDH’yi daha fazla tercih etmişlerdir. Fakat Erzurum ilçe ve köyleri ile komşu iller ve ilçelerinde ikamet edenler BEAH’yi daha fazla tercih etmişlerdir. Şekil 4.16’da genel olarak ölçeğe katılan yatan hastaların ikametgâh yerlerine göre dağılımı daha belirgin olarak görülmektedir.



Şekil 4.16. Ölçeğe katılan yatan hastaların ikametgâh yerlerine göre dağılımları

4.1.5. Hasta memnuniyeti ölçeği faktörlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeğinin boyutlarına ait memnuniyet ortalamaları Çizelge 4.18’de verilmiştir. Buna göre çalışmada hasta memnuniyeti ölçeğinde hastane değerlendirme boyutundaki memnuniyet düzeyinin BEAH’de %85,05, PDH’de ise %81,90, yani yüksek düzeyde, olduğu belirlenmiştir. Personel değerlendirme memnuniyet düzeyi BEAH’de %93,63, PDH’de ise %95,62 olup yüksek düzeydedir. Süreç değerlendirme boyutu için ise hasta memnuniyet düzeyi BEAH’de %90,43, PDH’de %93,89’dur. Hastaların tüm ölçekten memnuniyet düzeyi hastane, personel ve süreç değerlendirme boyutlarının toplamı üzerinden hesaplanarak BEAH’de %89,22, PDH’de %88,90 olarak belirlenmiştir. Sonuç yüksek düzey olarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.18. Hasta memnuniyeti ölçeğinin boyutlarına ait memnuniyet ortalamaları

Bölümler	BEAH		PDH	
	Ort. ± Std.Sap.	Yüzde (%)	Ort. ± Std.Sap.	Yüzde (%)
Hastane Değerlendirme	89,30 ± 9,63	85,05	86,00 ± 12,02	81,90
Personel Değerlendirme	84,27 ± 7,50	93,63	85,61 ± 7,83	95,12
Süreç Değerlendirme	31,64 ± 3,90	90,43	32,86 ± 3,11	93,89
Tüm Ölçek	205,21 ± 17,26	89,22	204,47 ± 19,42	88,90

Çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeğinin boyutlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri Çizelge 4.19’da verilmiştir. Buna göre “Genel Değerlendirme” bölümü 3’lü Likert tipindeki seçeneklere göre puanlama yapıldığından dolayı BEAH’de hastaların memnuniyetlerinin hastane değerlendirme boyutundaki kafeterya hizmeti faktöründe en düşük ($\bar{X}=3,56$; $S=0,80$) değerde olduğu, personel değerlendirme boyundaki hemşireler faktöründe ise en yüksek ($\bar{X}=4,71$; $S=0,51$) değerde olduğu saptanmıştır. PDH’de ise hastaların memnuniyetlerinin en düşük olduğu faktör kafeterya hizmeti ($\bar{X}=2,90$; $S=1,04$), en yüksek olduğu faktörün ise hastane değerlendirme boyutundaki erişim faktörü ($\bar{X}=4,77$; $S=0,53$) olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.19. Hasta memnuniyeti ölçeği faktör ve boyutlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	BEAH					PDH				
	N	Ort.	Std. Sap.	Enk	Enb	N	Ort.	Std. Sap.	Enk	Enb
Fiziki Ortam	252	4,62	0,60	4,52	4,73	168	4,43	0,84	4,36	4,46
Erişim	252	4,42	0,84	4,37	4,48	168	4,82	0,42	4,81	4,82
Oda Hizmetleri	252	4,15	0,73	3,57	4,61	168	4,22	0,80	3,77	4,65
Oda Koşulları	252	4,56	0,80	4,42	4,71	168	4,41	0,97	4,34	4,48
Yemek Hizmeti	252	4,34	0,71	4,08	4,60	168	4,08	0,84	3,60	4,42
Kafeterya Hizmeti	252	3,56	0,80	3,36	3,81	168	2,90	1,04	2,82	3,02
Hastane Değerlendirme	252	4,25	0,46	3,36	4,73	168	4,10	0,57	2,82	4,82
Doktorlar	252	4,69	0,48	4,50	4,83	168	4,76	0,48	4,66	4,86
Hemşireler	252	4,71	0,52	4,67	4,77	168	4,76	0,57	4,70	4,82
Diğer Personel	252	4,63	0,51	4,57	4,67	168	4,73	0,46	4,64	4,82
Personel Değerlendirme	252	4,68	0,42	4,50	4,83	168	4,76	0,46	4,64	4,86
Süreç	252	4,63	0,51	4,48	4,72	168	4,73	0,54	4,65	4,82
Birim Hizmet Kalitesi	252	4,37	0,81	4,12	4,71	168	4,61	0,52	4,52	4,79
Süreç Değerlendirme	252	4,52	0,56	4,12	4,72	168	4,68	0,46	4,52	4,82
Genel Değerlendirme	252	2,90	0,30	2,87	2,93	168	2,86	0,40	2,84	2,88

Hasta memnuniyetine ilişkin ölçek maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri ise **EK 7**'de verilmiştir. EK 7'ye göre ölçek maddelerinin ortalama değerlerinin BEAH'de 3,36 ile 4,83, PDH'de ise 2,82 ile 4,86 arasında yer aldığı ve ortalama değerlerin birbirlerine yakın olduğu belirlenmiştir. Değerlendirmede 5'li likert ölçeği kullanıldığından hastaların genel olarak kararsız kalma ile memnun kalma eğilimleri arasında olmakla beraber büyük bir çoğunluğunun memnun kalma eğiliminde oldukları sonucuna varılabilir.

Çizelge 4.19'da verilen en küçük ve en büyük ortalama değerleri, boyut ve faktörlerin içerdiği maddelerin aritmetik ortalamalarına göre hesaplanmıştır. Örneğin; EK 7'de

verilen çizelgede BEAH için fiziki ortam faktörünün içerdiği üç madde sırasıyla 4,73; 4,60; 4,52 aritmetik ortalamalarına sahiptir. Fiziki ortam faktörünün maddelerinin en küçük ortalama değeri 4,52 iken en büyük ortalama değeri 4,73 olarak saptanmıştır.

Hastaların algıladıkları hizmet kalitesi ortalamaları değerlendirildiğinde BEAH’de en yüksek değeri doktorların değerlendirilmesi faktörüne ait “Doktorların kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen göstermelerinden” maddesi; en düşük değeri ise kafeterya hizmeti faktörüne ait “Fiziki koşulların (sandalye-masa sayısı ve rahatlığı, ortam ısısı, havalandırma, . . . , vb) yeterli olmasından memnuniyet” maddesi almıştır.

PDH’de en yüksek memnuniyet değeri hemşirelerin değerlendirilmesi faktörüne ait “Hemşirelerin kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen göstermelerinden memnuniyet” maddesi; en düşük değeri ise kafeterya hizmetleri faktörüne ait “Hizmetin kaliteli olmasından memnuniyet” maddesi almıştır.

Faktörleri ayrı ayrı karşılaştırdığımızda ise en yüksek ortalama puana sahip maddeler Çizelge 4.20’de verilmiştir.

Çizelge 4.20. Hasta memnuniyeti ölçeği faktörleri içinde en yüksek ortalama puana sahip maddeler

	BEAH	PDH
Fiziki ortam	“Hastanenin teknolojiye uygun ve modern donanıma sahip olmasından”	
Erişim	“Hastanenin işaret levhalarından ve aranılan yerin rahatlıkla bulunabilmesinden”	“Hastanenin ulaşımından”
Oda Hizmetleri	“Genel olarak odaların konforundan”	
Oda Koşulları	“Odaların sıcaklığı ve havalandırılmasından”	
Yemek Hizmeti	“Yemek servislerinin zamanında olmasından”	“Yemek servisi yapan personelin temizliğinden (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullanılması)”
Kafeterya Hizmeti	“Temizliğe ve hijyene özen gösterilmesinden”	
Hastane Değerlendirme	Fiziki Ortam faktörü	Erişim faktörü
Doktorlar	“Doktorların kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen göstermelerinden”	
Hemşireler	“Hemşirelerin tıbbi bilgi, becerisi ve verdiği tedavi hizmetinden”	“Hemşirelerin ilaç dağıtım düzenlerinden”
Diğer Personel	“Görevli personellerin iyi, temiz giyimli ve düzgün görünüşlü olmasından”	“İdari personelin hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davranmasından”
Personel Değerlendirme	Doktorlar faktörü	
Süreç	“Kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesinden”	“Muayene işlemlerinde sıkıntı yaşanmamasından”
Birim Hizmet Kalitesi	“Danışma biriminin hizmet kalitesinden”	
Süreç Değerlendirme	Süreç faktörü	

Faktörler içinde en düşük ortalama puana sahip maddeler ise Çizelge 4.21’de verilmiştir.

Çizelge 4.21. Hasta memnuniyeti ölçeği faktörleri içinde en düşük ortalama puana sahip maddeler

	BEAH	PDH
Fiziki ortam	“Hastanenin fiziki koşullarının (sandalye-masa sayısı ve rahatlığı, otopark, ortam ısısı, havalandırma, . . . , vb) yeterli olmasından”	
Erişim	“Hastanenin ulaşımından”	“Hastanenin işaret levhalarından ve aranılan yerin rahatlıkla bulunabilmesinden”
Oda Hizmetleri	“Refakatçi için rahatlığa ve yatış koşullarına özen gösterilmesinden”	“Hastanenin (poliklinikler, muayene odaları, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizliğinden”
Oda Koşulları	“Refakatçi için rahatlığa ve yatış koşullarına özen gösterilmesinden”	“Odaların sessizlik düzeyinden”
Yemek Hizmeti	“Yemeklerin lezzetli ve sıcak olmasından”	
Kafeterya Hizmeti	“Fiziki koşulların (sandalye-masa sayısı ve rahatlığı, ortam ısısı, havalandırma, . . . , vb) yeterli olmasından”	“Hizmetin kaliteli olmasından”
Hastane Değerlendirme	Kafeterya Hizmeti faktörü	
Doktorlar	“Doktorla görüşme kolaylığından”	
Hemşireler	“Hemşirelerin saygılı, nezaketli ve güler yüzlülüğünden”	“Hemşireye ulaşma kolaylığından”
Diğer Personel	“Hastane personelinin genel olarak birbirleriyle uyum içerisinde çalışmasından”	“Hasta bakıcı ve hizmetlilerin hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davranmasından”
Personel Değerlendirme	Doktorlar faktörü	Diğer Personel faktörü
Süreç	“Hastanenin birimleri arasında yeterli işbirliğinin olmasından”	
Birim Hizmet Kalitesi	“Radyoloji hizmet kalitesinden (sıra bekleme süresi, belirtilen zamanda sonuç verilmesi, . . . , vb)”	“Laboratuvar hizmet kalitesinden (sıra bekleme süresi, belirtilen zamanda sonuç verilmesi, . . . , vb)”
Süreç Değerlendirme	Birim Hizmet Kalitesi faktörü	

BEAH ve PDH’de verilen hizmetin genel değerlendirmesi hakkındaki yneltlen sorulara izelge 4.22’de yer alan yanıtlar alınmıştır. Buna göre, BEAH’de ölçeğe cevap veren yatan hastaların %94,4’ hastaneyi gerekirse yeniden tercih edeceğini, %90,9’u bir yakını için gerekirse tavsiye edeceğini ve %88,5’i tıbbi takipten genel olarak memnun kaldıklarını beyan etmişlerdir. PDH’de ise ölçeğe cevap veren yatan hastaların %89,3’ hastaneyi gerekirse yeniden tercih edeceğini, %86,9’u bir yakını için gerekirse tavsiye edeceğini ve %89,3’ tıbbi takipten genel olarak memnun kaldıklarını beyan etmişlerdir. Bu rakamlar, sunulan sağlık hizmetleri açısından olumlu yönde değerlendirilebilecek sonuçlardır.

Çizelge 4.22. Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin genel değerlendirmesi

Genel Değerlendirme	BEAH			PDH		
	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet
60 Gerekirse bu hastaneyi yeniden tercih ederim.						
	%1,2	%4,4	%94,4	%3	%7,7	%89,3
61 Bir yakınım için gerekirse hastaneyi tavsiye ederim.						
	%2	%7,1	%90,9	%3	%10,1	%86,9
62 Hastaneden ve servisteki tıbbi takipten genel olarak memnun kaldım.						
	%2	%9,5	%88,5	%1,8	%8,9	%89,3

4.1.6. Hasta memnuniyet leği faktörlerine göre araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçeğin uygulandığı hastaların hastanelere, oda türüne, cinsiyetlere ve medeni duruma göre ölçeğin boyutlarının ve alt faktörlerinin memnuniyet ortalamaları açısından farklılık olup olmadığını tespit etmek için bağımsız t testi uygulanmıştır. Hastaların kaldıkları servisler, odada kalan hasta sayısı, kaldıkları gün sayısı, yaş aralıkları, hastaların eğitim durumu, meslekleri, sosyal güvenceleri, aylık geliri ve ikametgâh yerlerine göre ise ölçeğin boyutlarının ve alt faktörlerinin memnuniyet ortalamalarına ilişkin tek yönlü varyans analizi (Anova testi) uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin memnuniyet

ortalamları arasındaki farkın kaynağını bulmak için Tukey ve Post hoc testleri uygulanmıştır. Testlerin sonuçları sırasıyla **EK 8**'de verilmiştir.

- **Hastanelere göre (t-testi):** Fiziki ortam, erişim, yemek hizmeti, kafeterya hizmeti, hastane değerlendirme, diğer personel, birim hizmet kalitesi ve süreç değerlendirme faktörlerinde BEAH ve PDH'deki hastaların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmaktadır ($p < 0,05$). Yatan hastalardan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki çıkarsamalar yapılabilir: Hastane değerlendirme için memnuniyet düzeyi BEAH'de ($\bar{X} = 89,30$), PDH'den ($\bar{X} = 86,00$) daha yüksektir. Süreç değerlendirme memnuniyet düzeyi PDH'de ($\bar{X} = 32,77$), BEAH'den ($\bar{X} = 31,65$) daha yüksektir. Diğer faktör ve boyutlarda bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

- **Hastaların yattıkları servislere göre (Anova testi):** BEAH'de erişim, oda hizmetleri, yemek hizmeti, doktorlar, hemşireler, diğer personel faktörleri, personel değerlendirme boyutunda ve genel değerlendirme bölümlerinde farklı servislerde yatan hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). PDH'de ise erişim, doktorlar, süreç faktörleri, personel değerlendirme ve süreç değerlendirme boyutlarında farklı servislerde yatan hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farkın kaynağını bulmak üzere Tukey testi yapılmıştır. Sonuçlar BEAH'de genel değerlendirme bölümünün ortalamaları arasındaki anlamlı farkların; Römatoloji ile Kalp-Damar Cerrahisi, Göz, Beyin Cerrahi, Ortopedi, Plastik Cerrahi, Enfeksiyon Hastalıkları, Üroloji ve Gastroenteroloji servisleri arasında olup Römatoloji servisinde genel değerlendirme bölümü ortalamasının en düşük değerde olduğunu göstermiştir. PDH'de ise süreç değerlendirme boyutu ortalamaları arasındaki anlamlı farkların; Enfeksiyon Hastalıkları ile Göğüs Cerrahi, Dâhiliye, K.B.B. ve Ortopedi servisleri arasında olduğu bulunmuştur. Sonuçlar Enfeksiyon Hastalıkları servisinde süreç değerlendirme ortalamasının en düşük değerde olduğunu göstermiştir. Diğer faktör ve boyutlarda bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

- **Hastaların kaldığı oda türüne göre (t-testi):** Fiziki ortam, oda hizmetleri ve diğer personel faktörlerinde BEAH'de normal ve özel odada kalan hastaların ortalamaları

arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Oda hizmetleri memnuniyet düzeyi BEAH’de özel odada kalan hastalarda ($\bar{X}=22,36$) normal odada kalan hastalara ($\bar{X}=20,62$) göre daha yüksektir. Erişim faktöründe PDH’de normal ve özel odada kalan hastaların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup memnuniyet düzeyi özel odada kalan hastalarda ($\bar{X}=9,94$) normal odada kalan hastalara ($\bar{X}=9,56$) göre daha yüksektir. Diğer faktörlerde bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

- **Hastaların odalarında kalan hasta sayısına göre (Anova testi):** BEAH’de memnuniyet ölçeğinin alt faktörlerinde odalarda kalan hasta sayısının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat PDH’de odada kalan hasta sayısına göre kafeterya hizmeti faktöründe odalarda kalan hasta sayısının ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testi sonuçlarına göre anlamlı farkın odada kalan hasta sayısı 1 - 3 kişi olanların arasında olup kafeterya hizmeti faktörü ortalamasının odada tek başına kalan hastalarda en yüksek değerde olduğunu görülmüştür.

- **Hastaların kaldıkları gün sayısına göre (Anova testi):** BEAH’de fiziki ortam ve hemşireler faktörlerinde, PDH’de ise fiziki ortam ve yemek hizmeti faktöründe kalınan gün sayısı ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de 30 ve 35 gün, PDH’de ise 12 ve 15 gün kalan hasta sayısı 1 olduğu için Post hoc testi yapılamamıştır. BEAH’de fiziki ortam faktörü ortalaması 15 ve 35 gün hastanede kalan hastalarda en yüksek, 14 gün kalan hastalarda en düşük değerdedir. PDH’de yemek faktörü ortalaması 6 ve 11 gün hastanede kalan hastalarda en yüksek, 8 gün kalan hastalarda ise en düşük değerdedir. Diğer faktörlerdeki ortalamalar benzer şekilde yorumlanabilir.

- **Cinsiyet değişkenine göre (t-testi):** Oda hizmetleri faktöründe kadın ve erkek hastaların ortalamaları arasında BEAH’de anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir (BEAH; $t_h = -2,515$, $p<0,05$). BEAH’de hastaların oda hizmetleri için memnuniyet düzeyleri erkekler ($\bar{X}=21,32$) ile kadınların ($\bar{X}=20,17$) sonucuna göre erkek hastaların lehine olduğu sonucuna ulaşılmıştır. PDH’de memnuniyet ölçeğinin alt faktörlerinde farklı cinsiyete sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

• **Hastaların yaş aralıklarına göre** (Anova testi): BEAH’de erişim, diğer personel, süreç faktörü, personel değerlendirme ve süreç değerlendirme boyutunda, PDH’de ise oda koşulları faktöründe farklı yaş aralığındaki hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de diğer personel faktörünün ve personel değerlendirme boyutunun ortalamaları arasındaki anlamlı farkın 36-45 yaş grubu ile 56 ve üzeri yaş grubu arasında olduğu görülmüştür. 56 ve üzeri yaş grubunda olanların diğer personel faktörü ve personel değerlendirme boyutunun ortalaması 36-45 yaş grubunda olanların ortalamasından fazladır. Diğer faktör ve boyutlarda bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

• **Medeni duruma göre** (t-testi): Oda koşulları faktöründe bekâr ve evli hastaların ortalamaları arasındaki fark BEAH’de anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). BEAH’de hastaların oda koşulları için memnuniyet düzeyleri evli hastalar ($\bar{X}=9,02$) ile bekâr hastaların ($\bar{X}=8,13$) sonucuna göre evli hastaların lehine olduğu sonucu ulaşılmıştır. PDH’de ise memnuniyet ölçeğinin alt faktörlerinde farklı medeni duruma sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

• **Hastaların eğitim düzeylerine göre** (Anova testi): BEAH’de oda hizmetleri, yemek hizmeti, diğer personel, birim hizmet kalitesi faktörlerinde ve hastane değerlendirme, personel değerlendirme boyutlarında farklı eğitim düzeylerine sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). PDH’de ise oda koşulları, yemek hizmeti faktöründe ve hastane değerlendirme boyutunda farklı eğitim düzeylerine sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de oda hizmetleri faktörünün ortalamaları arasındaki anlamlı farkın okuryazar – ilkokul eğitim düzeyi arasında olup ortalamanın ilkokul mezunu olanlarda yüksek değerde olduğu görülmüştür. PDH’de ise yemek hizmeti faktörü ve hastane değerlendirme boyutunun ortalamaları arasındaki anlamlı fark; okuryazar olmayan – üniversite, ilkokul – üniversite ve ortaokul – üniversite eğitim düzeyi arasında olup üniversite mezunu olanlarda yemek hizmeti faktörü ve hastane değerlendirme boyutu ortalaması düşük değerdedir. Diğer faktör ve boyutlarda bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

• **Hastaların mesleklerine göre** (Anova testi): BEAH’de fiziki ortam, erişim, doktorlar, hemşireler, diğer personel, birim hizmet kalitesi faktörlerinde, hastane değerlendirme ve personel değerlendirme boyutlarında farklı mesleklere sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). PDH’de ise erişim faktöründe farklı mesleklere sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de hastane değerlendirme boyutunun ortalamaları arasındaki anlamlı farkın öğrenci – memur meslek grubu arasında olduğu bulunmuştur. Sonuçlar hastane değerlendirme boyutu ortalamasının öğrenci olan hastalarda en yüksek değerde olduğunu göstermiştir. Diğer faktör ve boyutlarda bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir. PDH’de ise erişim faktörünün ortalamaları arasındaki anlamlı farkın işçi – işsiz, ev hanımı – işsiz, emekli – işsiz ve serbest meslek – işsiz meslek grubu arasında olduğu bulunmuştur. Sonuçlar erişim faktörü ortalamasının işsiz olan hastalarda en düşük değerde olduğunu göstermiştir.

• **Hastaların sosyal güvencelerine göre** (Anova testi): PDH’de memnuniyet ölçeğinin alt faktörlerinde farklı sosyal güvencelere sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. BEAH’de ise erişim, doktorlar, hemşireler, diğer personel, süreç, birim hizmet kalitesi faktörlerinde, hastane, personel ve süreç değerlendirme boyutlarında farklı sosyal güvencelerine sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de özel sigortaya sahip hasta sayısı 1 olduğu için Post hoc testi yapılamamıştır. Sonuçlar BEAH’de erişim ve hemşire faktörü ortalamasının SSK’dan sosyal güvenceye sahip olan hastalarda en yüksek, özel sigortaya sahip hastalarda ise en düşük değerde olduğunu göstermiştir. Diğer faktörlerdeki ortalamalar benzer şekilde yorumlanabilir.

• **Hastaların aylık gelir düzeylerine göre** (Anova testi): PDH’de memnuniyet ölçeğinin alt faktörlerinde farklı aylık gelir düzeylerine sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. BEAH’de ise erişim, doktorlar, hemşireler, diğer personel, süreç, birim hizmet kalitesi faktörlerinde, hastane, personel ve süreç değerlendirme boyutlarında farklı aylık gelir düzeylerine sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de

erişim faktörünün ortalamaları arasındaki anlamlı farkın; 1500 TL ve altı ile 2501-3000 TL, 1500 TL ve altı ile 3001 – 4000 TL ve 2501-3000 TL ile gelirim yok arasında olduğu bulunmuştur. Sonuçlar erişim faktörü ortalamasının sırasıyla 1500 TL ve altı ve gelirim yok olanlarda yüksek değerde olduğunu göstermiştir. Diğer faktör ve boyutlarda bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

- **Hastaların ikametgâh yerine göre (Anova testi):** PDH’de memnuniyet ölçeğinin alt faktörlerinde farklı ikametgâh yerine sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. BEAH’de ise oda koşulları, yemek hizmeti ve diğer personel faktörlerinde farklı ikametgâh yerlerine sahip hastaların ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de diğer personel faktörünün ortalaması arasındaki anlamlı farkın Erzurum merkez – komşu iller ve ilçeleri arasında olduğu bulunmuştur. Sonuçlar diğer personel faktörünün ortalamasının komşu iller ve ilçelerinde ikamet eden hastalarda yüksek değerde olduğunu göstermiştir. Diğer faktör ve boyutlarda bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

4.1.7. Araştırmanın bağımsız değişkenlerine göre hasta memnuniyet ölçeğinin memnuniyet ortalamalarının incelenmesi

Bağımsız değişkenlere göre ölçeğin en düşük ve en yüksek memnuniyet ortalamaları Çizelge 4.23’de verilmiştir.

Hasta memnuniyet ölçeğinin tümü için memnuniyet ortalamalarını belirlerken ölçeğin hastane, personel ve süreç değerlendirme boyutlarındaki toplam memnuniyet düzeyinin ortalamaları esas alınmıştır.

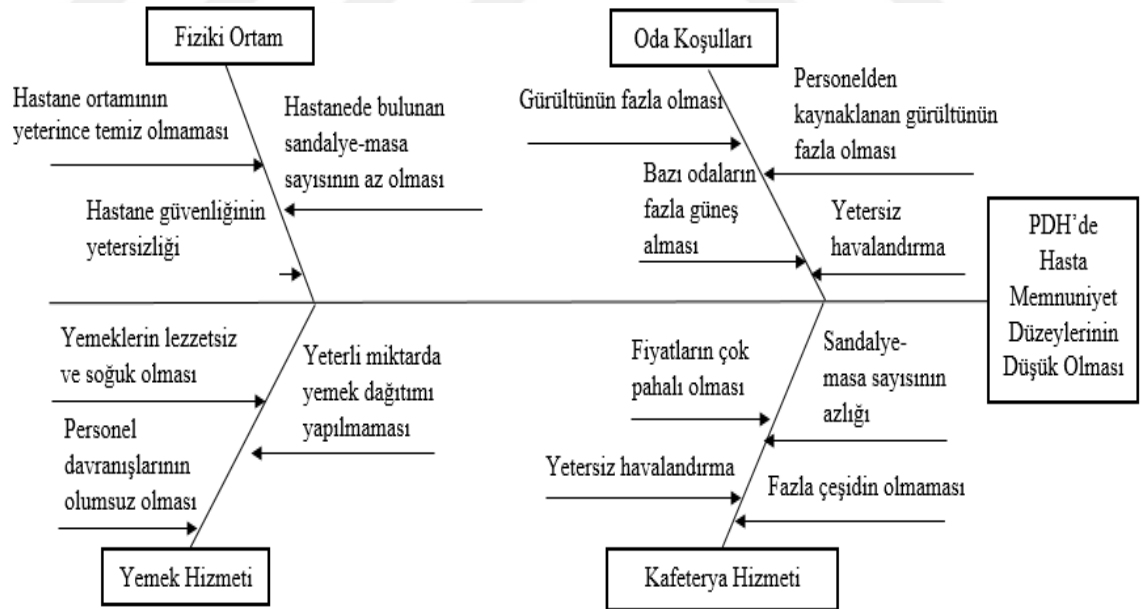
Çizelge 4.23. Bağımsız değişkenlere göre ölçeğin en düşük ve en yüksek memnuniyet ortalamaları

	En yüksek memnuniyet ort.		En düşük memnuniyet ort.	
Hastane	BEAH - 205,21		PDH - 204,47	
	BEAH	PDH	BEAH	PDH
Servisler	Üroloji 215,55	Dâhiliye 209,67	Römatoloji 189,99	Enfeksiyon Ha. 187,50
Oda Türü	Özel 211,63	Özel 209,06	Normal 204,60	Normal 203,34
Odadaki Hasta Sayısı	Tek kişi 206,17	Tek kişi 206,51	İki kişi 204,51	Üç kişi 199,09
Kalış Süresi (gün)	35 gün 227,00	6 gün 218,00	30 gün 191,00	12 gün 187,00
	Genellikle hastanede kalış süresi arttıkça memnuniyet düzeyi düşmüştür.			
Cinsiyet	Erkek 206,37	Erkek 204,58	Kadın 203,92	Kadın 204,32
Yaş aralıkları	56 ve üzeri yaş 208,30	56 ve üzeri yaş 208,31	36-45 yaş 199,34	15-25 yaş 198,00
	Genellikle yaş düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyi yükselmiştir.			
Medeni durum	Bekâr 206,27	Evli 204,94	Evli 204,83	Bekâr 203,23
Eğitim Düzeyi	Okuryazar 209,64	Okuryazar 211,90	Lisansüstü 191,67	Üniversite 194,79
	Genellikle eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyi düşmüştür.			
Meslek	Öğrenci 213,84	İşçi 209,87	İşsiz 181,75	İşsiz 187,17
Sosyal güvence	Sosyal güvencesi yok 214,16	Yeşil kart 213,12	SSK 200,61	Sosyal güvencesi yok 192,00
Aylık Gelir	1500 TL ve altı 212,94	2001-2500 TL 208,00	2501-3000 TL 191,40	4001-5000 TL 183,50
	Genellikle aylık gelir düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyi düşmüştür.			
İkametgâh yeri	Erzurum komşu iller ve ilçeleri 208,91	Erzurum komşu iller ve ilçeleri 206,04	Erzurum merkez 202,48	Erzurum merkez 203,73

4.1.8. Hasta memnuniyeti ölçeğinde sebep-sonuç diyagramına ilişkin bulgular

Çalışmada belirlenen memnuniyetsizlik durumlarının sebeplerinin araştırılması ve belirlenmesi için sebep-sonuç diyagramı kullanılmıştır. Hastalara ölçek uygulanırken yapılan görüşmeler ve araştırmalar sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda hastanelerin hasta memnuniyetinin düşük olduğu alt boyut ve faktörlerde problemin olası nedenleri sebep - sonuç diyagramlarıyla incelenmiştir.

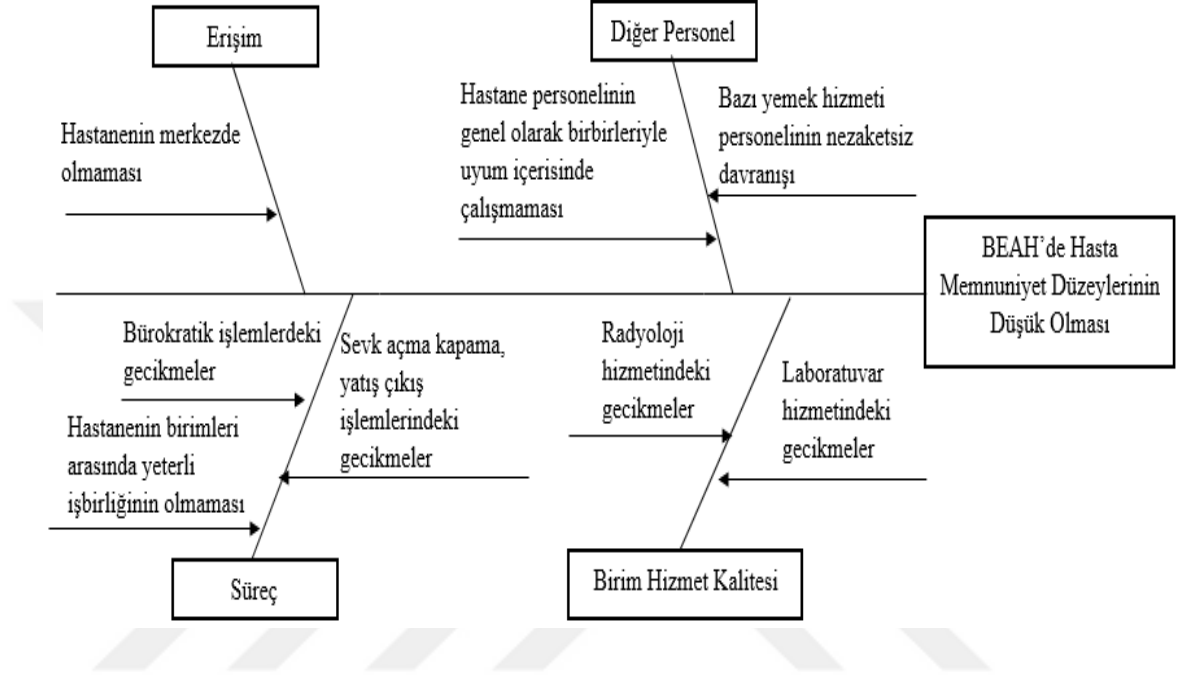
Hastanelere göre yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; fiziki ortam, erişim, oda koşulları, yemek hizmeti, kafeterya hizmeti, diğer personel, süreç, birim hizmet kalitesi faktörlerinin, hastane ve süreç değerlendirme boyutlarının hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu söylenebilir. Bu anlamlı farka göre iki hastane karşılaştırıldığında genel olarak PDH’de yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun olası sebepleri Şekil 4.17’de verilmiştir.



Şekil 4.17. PDH’deki hasta memnuniyetine ilişkin sebep-sonuç diyagramı

Şekil 4.17’deki diyagrama göre PDH’de hasta memnuniyet düzeylerinin düşük olmasının fiziki ortam, oda koşulları, yemek hizmeti ve kafeterya hizmeti alt faktörleri ile ilgili sebeplerden kaynaklandığı söylenebilir.

BEAH’de yatan hastaların memnuniyet düzeyini düşüren olası sebepler ise Şekil 4.18’de verilmiştir.



Şekil 4.18. BEAH’deki hasta memnuniyetine ilişkin sebep - sonuç diyagramı

Şekil 4.18’deki diyagrama göre BEAH’de hasta memnuniyet düzeylerini düşüren sebeplerin erişim, diğer personel, süreç ve birim hizmet kalitesi alt faktörlerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Belirlenen bu sebeplerin bir kısmının geliştirilen ölçekteki bulunan alt boyut ve faktörlerden, bir kısmının da bu alt boyutlara dâhil olmayan diğer nedenlerden kaynaklandığı söylenebilir.

Hastaların algıladıkları hizmet kalitesini artırabilmek için oluşturulan bu diyagramlardan yararlanılarak belirlenen memnuniyetsizlik kaynaklarında iyileştirmeye gidilebilir

4.2. Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği

Erzurum ilindeki iki hastanenin çalışanlarından 308 kişiye uygulanan ölçeğin istatistiksel verilerinin açıklandığı bu bölümde, çalışanların memnuniyet ve performans düzeyleri ile ilgili veriler ve bunların demografik özelliklerle olan ilişkileri belirlenmiştir. Bu bölümde ölçeğin kavramsal geçerliliği, güvenilirliğin incelenmesi, ölçeğin yapıldığı yere dair özellikler ve hastaların demografik özellikleri analiz edilerek çizelge ve şekiller vasıtasıyla sunulmuştur.

4.2.1. Kavramsal geçerliliği

Araştırmada geliştirilen ölçeğin geçerliliği kavramsal geçerlilikle yapılmıştır. Bunun sonucunda ölçek, ölçülmek istenen kavramlara yönelik 3 bölüme ayrılmıştır.

4.2.2. Güvenilirliğin incelenmesi

Bölümlerin güvenilirliklerinin hesaplanmasında Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Ölçek uygulanan iki hastanenin ve genel ölçeğin her bir bölümü için yapılan güvenilirlik analizi sonuçları Çizelge 4.24'de verilmiştir.

Çizelge 4.24. Bölümlerin Cronbach Alpha değerleri

Bölümün Adı	Cronbach Alpha değeri		
	BEAH	PDH	Genel Ölçek
Çalışan Memnuniyeti	0,806	0,777	0,800
Çalışan Performansı	0,824	0,751	0,801
Hastane Anketi	0,707	0,758	0,726
Toplam	0,762	0,709	0,748

Bu değerlere göre; ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri 0,75 olarak hesaplanmış ve güvenilir çıkmıştır. Çalışmada güvenilirlik için alt sınır olarak 0,71 belirlenmiştir. Sonuç olarak güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.

Bu analizler sonucu çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği 30 madde ve 3 alt bölümden oluşmuştur. Geçerlik ve güvenirlik analizleri yapıldıktan sonra alt bölümlere isim verme işlemine geçilmiştir. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin 3 alt bölümüne sırasıyla çalışan memnuniyeti, çalışan performansı ve hastane anketi isimleri verilmiştir. Bölümlerin puanlarını ve toplam ölçek puanını belirlemek için bir hesaplama algoritması geliştirilmiştir. Puan aralıkları ve anketin alt bölümlerinin içerdiği maddeler Çizelge 4.25’de verilmiştir.

Çizelge 4.25. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği için alt bölümler ve toplam puanları

Bölümler	Madde Numarası	Puan Aralığı	Minimum Puan	Maksimum Puan
Çalışan Memnuniyeti	1, 2, 3, 4, 5, 19, 20, 21, 22, 23, 24	1-5	11	55
Çalışan Performansı	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18		13	65
Hastane Anketi	25, 26, 27, 28, 29, 30	1-2	6	12
Toplam Ölçek Puan Aralığı			30	132

Yapılan çalışmalar sonucu oluşturulan ölçeğin ilk hali **EK 9**’da, son hali **EK 10**’da verilmiştir.

4.2.3. Ölçeğin uygulandığı yere dair özellikler

Ölçeğin uygulandığı hastane yönünden incelenmesi, ölçeğe katılan çalışanların memnuniyetlerinin ve performanslarının karşılaştırılmasında katkı sağlayacaktır.

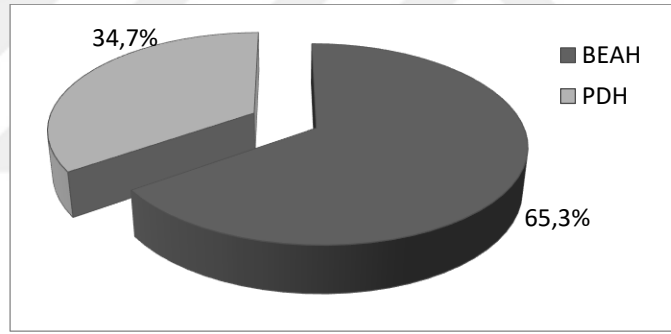
Ölçeğe katılan çalışanların çalıştıkları hastane yönünden dağılımları Çizelge 4.26’da belirtilmiştir. Buna göre ölçeğe katılan 308 kişiden 201’i BEAH’den, 107’si PDH’dendir.

Örneklem sayılarının yeterliliğine dair araştırmacıların görüşleri erişilen 308 çalışanın yeterli olduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.26. Ölçeğe katılan çalışanların hastanelere göre dağılımı

Hastane	Frekans(N)	Yüzde(%)
Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BEAH)	201	65,3
Palandöken Devlet Hastanesi (PDH)	107	34,7
Toplam	308	100

BEAH'de çalışan sayısı, PDH'den daha fazla olduğundan BEAH'de ölçeğe katılım daha fazla olmuştur. Bu durum Şekil 4.19'da daha belirgin olarak görülmektedir.



Şekil 4.19. Ölçeğe katılan çalışanların hastanelere göre dağılımı

Ölçeğe katılanların %65,3'ü BEAH'de, %34,7'si ise PDH'de çalışmaktadır.

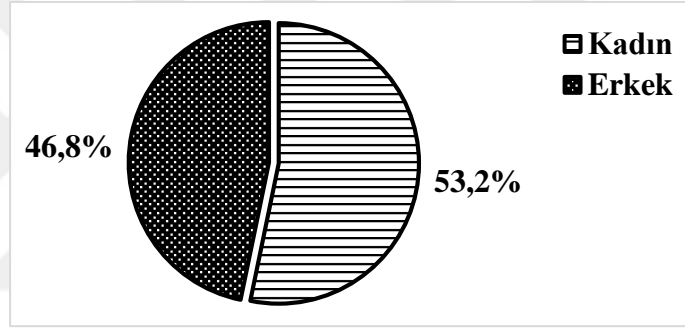
4.2.4. Çalışanların demografik özelliklerine ait bulgular

Ölçeğe katılan çalışanların cinsiyet yönünden dağılımları Çizelge 4.27'de belirtilmiştir. Buna göre BEAH'de ölçeğe katılanların %54,2'si erkek, %45,8'i kadın iken PDH'de ise %51,4'ü erkek, %48,6'sı kadın çalışanlardan oluşmaktadır.

Çizelge 4.27. Ölçeğe katılan çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımı

Cinsiyet	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Erkek	109	54,2	55	51,4	164	53,2
Kadın	92	45,8	52	48,6	144	46,8
Toplam	201	100	107	100	308	100

Toplam olarak bakıldığında ölçeğe katılanların %53,2'si erkek , %46,8'i ise kadındır. Bu durum Şekil 4.20'de daha belirgin olarak görülmektedir.

**Şekil 4.20.** Ölçeğe katılan çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımı

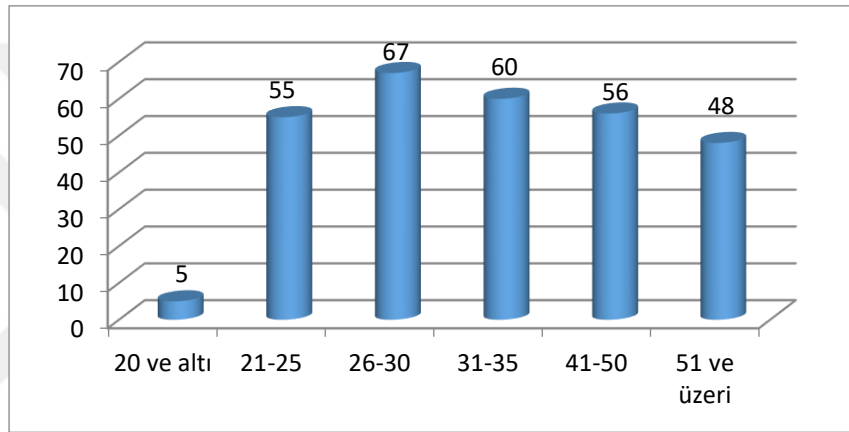
Ölçeğe katılan çalışanların yaş gruplarına göre dağılımları Çizelge 4.28'de belirtilmiştir.

Çizelge 4.28. Ölçeğe katılan çalışanların yaş gruplarına göre dağılımları

Yaş	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
20 ve altı	2	1,0	3	2,8	5	1,6
21-25	43	21,4	12	11,2	55	17,9
26-30	38	18,9	29	27,1	67	21,8
31-35	37	18,4	23	21,5	60	19,5
36-40	40	19,9	16	15,0	56	18,2
41-50	36	17,9	12	11,2	48	15,6
51 ve üzeri	5	2,5	12	11,2	17	5,5
Toplam	201	100	107	100	308	100

Yaş gruplarının seçiminde, yapılan bilimsel çalışmaların ortalaması alınmıştır. Çizelge 4.28’de görüldüğü üzere BEAH’de ölçeğe katılanların en fazla olduğu yaş grubu 21-25, en az olduğu yaş grubu 20 ve altıdır. PDH’de ise ölçeğe katılanların en fazla olduğu yaş grubu 26-30, en az olduğu yaş grubu 20 ve altıdır.

Genel olarak ölçeğe katılan çalışanların en fazla 26-30 yaş grubunda olduğu Şekil 4.21’de görülmektedir.



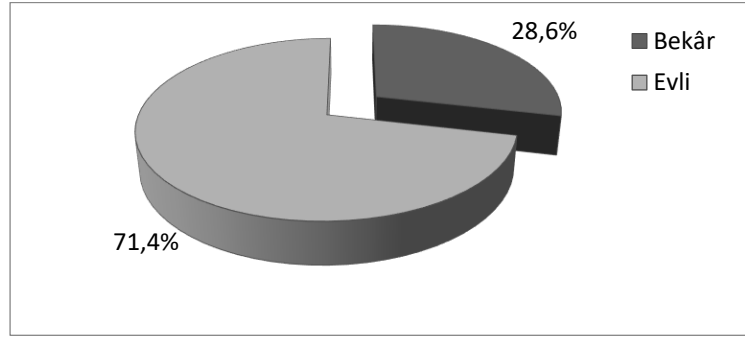
Şekil 4.21. Ölçeğe katılan çalışanların yaş gruplarına göre dağılımları

Ölçeğe katılan çalışanların medeni durum yönünden dağılımları Çizelge 4.29’da belirtilmiştir. Buna göre BEAH’de ölçeğe katılanların %27,9’u bekâr, %72,1’i evlidir. PDH’de ise ölçeğe katılanların %29,9’u bekâr, %70,1’i evlidir.

Çizelge 4.29. Ölçeğe katılan çalışanların medeni durumlarına göre dağılımları

Medeni Durum	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Bekâr	56	27,9	32	29,9	88	28,6
Evli	145	72,1	75	70,1	220	71,4
Toplam	201	100	107	100	308	100

Genel olarak ölçeğe katılan çalışanların büyük çoğunluğunun evli olduğu Şekil 4.22’de görülmektedir.



Şekil 4.22. Ölçeğe katılan çalışanların medeni durumlarına göre dağılımı

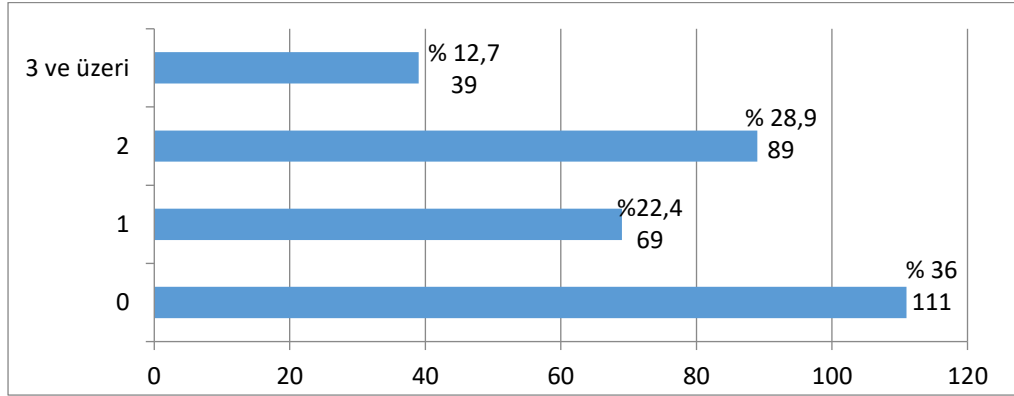
Ölçeğe katılan çalışanların çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımları Çizelge 4.30'da belirtilmiştir. Buna göre BEAH'de ölçeğe katılanların %36,3'ü çocuk sahibi değilken, %21,4'ü tek çocuk, %27,4'ü iki çocuk ve %14,9'u ise üç ve üzeri çocuğa sahiptir.

PDH'de ise ölçeğe katılan çalışanların %35,5'i çocuk sahibi değilken, %24,3'ü tek çocuk, %31,8'i iki çocuk ve %8,4'ü ise üç ve üzeri çocuğa sahiptir.

Çizelge 4.30. Ölçeğe katılan çalışanların çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı

ÇSOD	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
0	73	36,3	38	35,5	111	36,0
1	43	21,4	26	24,3	69	22,4
2	55	27,4	34	31,8	89	28,9
3 ve üzeri	30	14,9	9	8,4	39	12,7
Toplam	201	100	107	100	308	100

Şekil 4.23'de görüleceği üzere genel olarak ölçeğe katılan çalışanların çocuk sahibi olma durumlarına göre incelendiğinde çocuk sahibi olmayan çalışan daha fazladır.



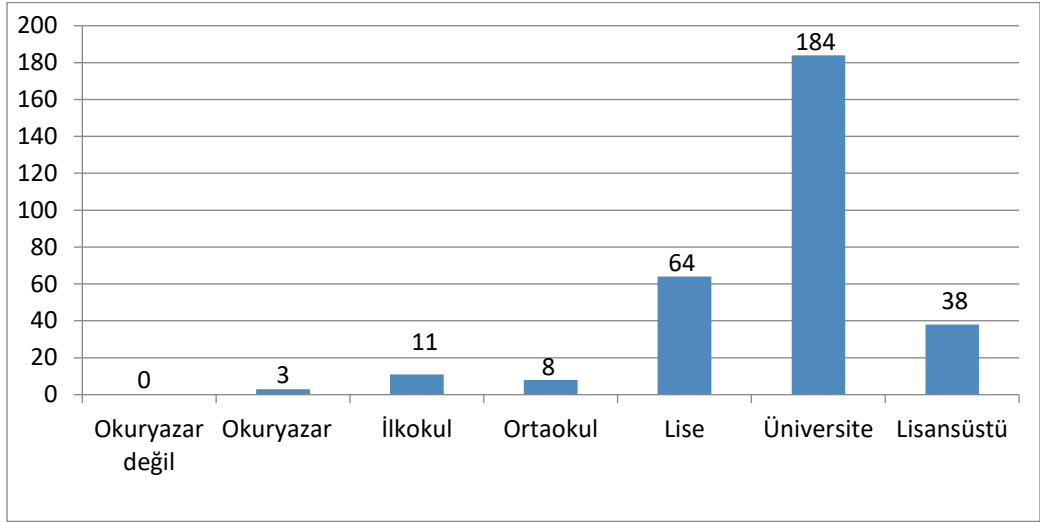
Şekil 4.23. Ölçeğe katılan çalışanların çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımı

Ölçeğe katılan çalışanların eğitim durumu bakımından dağılımları Çizelge 4.31’de belirtilmiştir. Çizelge 4.31’e göre ölçeğe katılanların BEAH’de %64,2’sinin ve PDH’de %51,4’ünün üniversite mezunu oldukları görülmektedir. Ölçeğe katılanların BEAH’de %1’inin ve PDH’de %0,9’unun okuryazar olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.31. Ölçeğe katılan çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımları

Eğitim Durumu	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Okuryazar değil	-	-	-	-	-	-
Okuryazar	2	1,0	1	0,9	3	1,0
İlkokul	7	3,5	4	3,7	11	3,6
Ortaokul	2	1,0	6	5,6	8	2,6
Lise	37	18,4	27	25,2	64	20,8
Üniversite	129	64,2	55	51,4	184	59,7
Yüksek Lisans /Doktora	24	11,9	14	13,1	38	12,3
Toplam	201	100	107	100	308	100

Şekil 4.24’de görüldüğü üzere ölçeğe katılan çalışanların büyük bir çoğunluğu üniversite mezunudur.



Şekil 4.24. Ölçeğe katılan çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımları

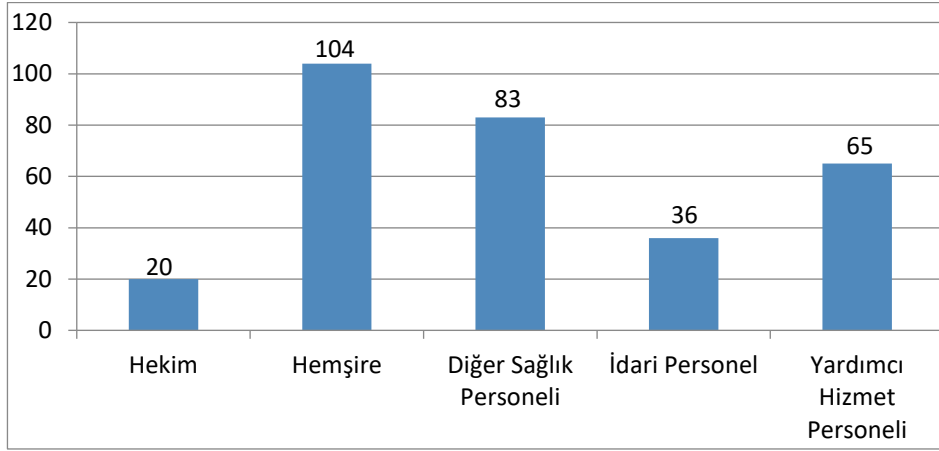
Ölçeğe katılan çalışanların mesleklerine göre dağılımları Çizelge 4.32’de belirtilmiştir.

Çizelge 4.32. Ölçeğe katılan çalışanların mesleklerine göre dağılımları

Meslek	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Hekim	15	7,5	5	4,7	20	6,5
Hemşire	71	35,3	33	30,8	104	33,8
Diğer Sağlık Personeli	55	27,4	28	26,2	83	26,9
İdari Personel	23	11,4	13	12,1	36	11,7
Yardımcı Hizmet Personeli	37	18,4	28	26,2	65	21,1
Toplam	201	100	107	100	308	100

Çizelge 4.32’ye göre ölçeğe katılanlar arasında hem BEAH’de hem de PDH’de hemşirelerin çoğunlukta, hekimlerin azınlıkta olduğu görülmüştür. Bunun hastanelerdeki hemşire sayısının doktor sayısına göre fazla olmasından ve hemşirelere erişimin doktorlardan daha kolay olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ölçeğe katılan çalışanlara genel olarak bakıldığında ise hemşirelerin çoğunlukta olduğu Şekil 4.25’de görülmektedir.



Şekil 4.25. Ölçeğe katılan çalışanların mesleklerine göre dağılımları

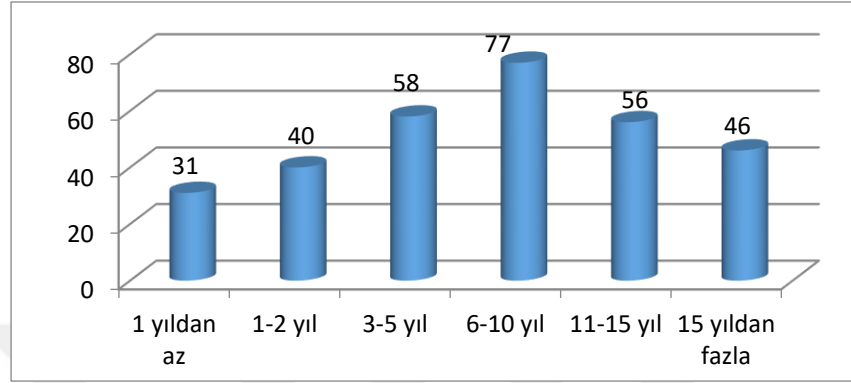
Ölçeğe katılan çalışanların kurumda çalışma süresi göre dağılımları Çizelge 4.33’de belirtilmiştir. Görüleceği üzere BEAH’de 6-10 yıl aralığında çalışma süresine sahip olanlar %28,9 ile en büyük grubu oluştururken, 15 yıldan fazla çalışma süresine sahip olanlar %11,4 ile en küçük grubu olmuştur.

PDH’de ise 11-15 yıl aralığında çalışma süresine sahip olanlar %24,3 oranla en büyük grubu oluştururken, 1 yıldan az çalışma süresine sahip olanlar %5,6 oranla en küçük grubu oluşturmaktadırlar.

Çizelge 4.33. Ölçeğe katılan çalışanların kurumda çalışma süresine göre dağılımları

Kurumda Çalışma Süresi	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
1 yıldan az	25	12,4	6	5,6	31	10,1
1-2 yıl	26	12,9	14	13,1	40	13,0
3-5 yıl	39	19,4	19	17,8	58	18,8
6-10 yıl	58	28,9	19	17,8	77	25,0
11-15 yıl	30	14,9	26	24,3	56	18,2
15 yıldan fazla	23	11,4	23	21,5	46	14,9
Toplam	201	100	107	100	308	100

Şekil 4.26'dan da anlaşılacağı üzere ölçeğe katılan çalışanlara genel olarak bakıldığında 6-10 yıl aralığında çalışanların en büyük grubu oluşturduğu görülmektedir.



Şekil 4.26. Ölçeğe katılan çalışanların kurumda çalışma süresine göre dağılımları

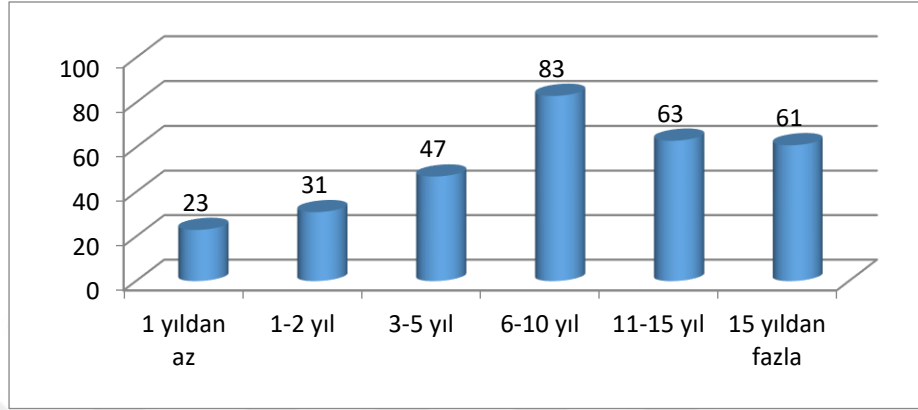
Ölçeğe katılan çalışanların meslekte çalışma süresi göre dağılımları Çizelge 4.34'de belirtilmiştir. Görüleceği üzere BEAH'de 6-10 yıl aralığında meslekte çalışma süresine sahip olanlar %29,4 oranla en büyük grubu oluştururken, 1 yıldan az meslekte çalışma süresine sahip olanlar %9,5 oranla en küçük grubu oluşturmuştur.

Çizelge 4.34. Ölçeğe katılan çalışanların meslekte çalışma süresine göre dağılımları

Meslekte Çalışma Süresi	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
1 yıldan az	19	9,5	4	3,7	23	7,5
1-2 yıl	20	10,0	11	10,3	31	10,1
3-5 yıl	33	16,4	14	13,1	47	15,3
6-10 yıl	59	29,4	24	22,4	83	26,9
11-15 yıl	37	18,4	26	24,3	63	20,5
15 yıldan fazla	33	16,4	28	26,2	61	19,8
Toplam	201	100	107	100	308	100

PDH'de ise 15 yıldan fazla meslekte çalışma süresine sahip olanlar %26,2 oranla en büyük grubu oluştururken 1 yıldan az meslekte çalışma süresine sahip olanlar %3,7 oranla en küçük grubu oluşturmuştur.

Şekil 4.27’den de anlaşılacağı üzere ölçüğe katılan çalışanlara genel olarak bakıldığında meslekte çalışma süresine en büyük grubun 6-10 yıl aralığında olduğu söylenebilir.



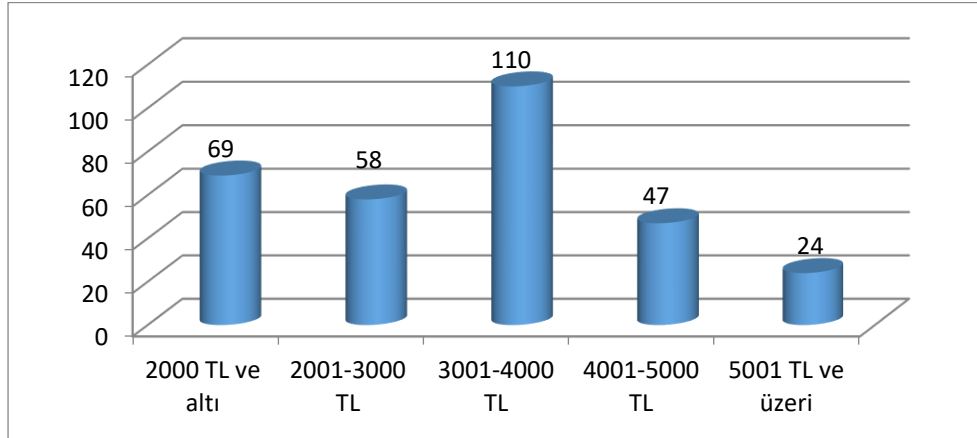
Şekil 4.27. Ölçüğe katılan çalışanların meslekte çalışma süresine göre dağılımları

Ölçüğe katılan çalışanların aylık gelirleri bakımından dağılımları Çizelge 4.35’de belirtilmiştir. Buna göre BEAH’de ölçüğe katılan çalışanların çoğunluğu %33,8 ile 3001-4000 TL arası gelire sahip iken sadece %9,5’luk kısmı 5001 TL ve üzeri gelire sahiptir. PDH’de ölçüğe katılan çalışanların çoğunluğu %39,3 ile 3001-4000 TL arasında gelir grubunda iken sadece %4,7’lik kısmı 5001 TL ve üzeri gelir grubundadır.

Çizelge 4.35. Ölçüğe katılan çalışanların aylık gelirlerine göre dağılımları

Aylık Gelir	BEAH		PDH		Genel Toplam	
	N	%	N	%	N	%
2000 TL ve altı	41	20,4	28	26,2	69	22,4
2001-3000 TL	41	20,4	17	15,9	58	18,8
3001-4000 TL	68	33,8	42	39,3	110	35,7
4001-5000 TL	32	15,9	15	14,0	47	15,3
5001 TL ve üzeri	19	9,5	5	4,7	24	7,8
Toplam	201	100	107	100	308	100

Genel olarak ölçüğe katılan çalışanların çoğunluğunun 3001-4000 TL arasında aylık gelire sahip olduğu Şekil 4.28’den de görülmektedir.



Şekil 4.28. Ölçeğe katılan çalışanların aylık gelirlerine göre dağılımları

4.2.5. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Çizelge 4.36’da görüldüğü üzere çalışanların aldıkları puanlar üzerinden hesaplanan çalışan memnuniyetinin BEAH’de %57,25, PDH’de ise %59,8 yani orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışan performansı bölümü için çalışanlar BEAH’de %81,31, PDH’de ise %81,23’lük bir başarı elde etmişlerdir. Hastane anketi bölümü için ise çalışanlar hastane faaliyetlerinde BEAH’de %84, PDH’de %86,91’lik başarı elde etmişlerdir. Çalışanların ölçekten aldıkları puan genel değerlendirme üzerinden hesaplanarak BEAH’de %71,53, PDH’de %73,49 olarak belirlenmiştir. Sonuç iyi düzey olarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.36. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin bölümlerine ait puan ortalamaları

Bölümler	BEAH		PDH	
	Ort. ± Std.Sap.	Yüzde (%)	Ort. ± Std.Sap.	Yüzde (%)
Çalışan Memnuniyet	31,49 ± 7,87	57,25	32,89 ± 6,93	59,8
Çalışan Performansı	52,85 ± 7,48	81,31	52,80 ± 6,59	81,23
Hastane Anket	10,08 ± 1,73	84,00	10,43 ± 1,73	86,91
Genel Değerlendirme	94,42 ± 10,88	71,53	97,01 ± 9,87	73,49

Çalışmada kullanılan çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin bölümlerine ait ortalama ve standart sapma değerleri Çizelge 4.37’de verilmiştir. Buna göre çalışan memnuniyeti bölümünde 5’li likert ölçeği kullanıldığından çalışanların genel olarak kararsız kalma ile memnun kalmama eğilimleri arasında oldukları sonucuna varılabilir. Çalışan performansı bölümünde çalışanların ölçekteki maddelere genel olarak katıldıkları ve hastane anketi bölümünde çalışanların yöneltilen soruları genellikle evet olarak cevapladıkları sonucuna varılabilir.

Çizelge 4.37. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin bölümlerine ait ortalama ve standart sapma değerleri

Bölümler	BEAH					PDH				
	N	Ort.	Std. Sap.	Enk	Enb	N	Ort.	Std. Sap.	Enk	Enb
Çalışan Memnuniyet	201	2,86	0,72	2,03	4,07	107	3,08	0,68	2,22	4,19
Çalışan Performansı	201	4,07	0,58	3,91	4,32	107	4,06	0,51	3,72	4,42
Hastane Anket	201	1,68	0,29	1,59	1,69	107	1,74	0,29	1,63	1,79

Çizelge 4.37’de verilen en küçük ve en büyük ortalama değerleri, bölümlerin içerdiği maddelerin aritmetik ortalamalarına göre hesaplanmıştır.

Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği maddelerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ise **EK 11**’de verilmiştir. EK 11’e göre ölçek maddelerinin BEAH’de çalışan memnuniyet ortalama değeri 2,03 ile 4,07, çalışan performansı ortalama değeri 3,91 ile 4,32 ve hastane anket ortalama değeri 1,59 ile 1,69 arasında yer almıştır. PDH’de ise çalışan memnuniyet ortalama değeri 2,22 ile 4,19, çalışan performansı ortalama değeri 3,72 ile 4,42 ve hastane anket ortalama değeri 1,63 ile 1,79 arasında yer aldığı ve ortalama değerlerin birbirlerine yakın olduğu görülmüştür. Hastane anket bölümünde 25. madde (son 6 ay içinde fiziksel bir saldırıya uğradım) ters kodlandığı için en büyük ortalama değeri (BEAH: 1,92; PDH: 1,93) almıştır. Ayrıca her bir bölüm ayrı ayrı karşılaştırılıp en yüksek ve en düşük ortalama puana sahip maddeler belirlenmiştir. En yüksek ortalama puana sahip maddeler Çizelge 4.38’de verilmiştir.

Çizelge 4.38. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümler içinde en yüksek ortalama puana sahip maddeler

Bölümler	BEAH	PDH
Çalışan Memnuniyet	“İşimi yaparken gurur duyuyorum.”	
Çalışan Performansı	“Görevlerimi tam zamanında tamamlarım.”	
Hastane Anket	“Son 6 ay içinde bir hizmet içi eğitime katıldım.”	

Her bir bölüm ayrı ayrı karşılaştırılıp en düşük ortalama puana sahip maddeler Çizelge 4.39’da verilmiştir.

Çizelge 4.39. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümler içinde en düşük ortalama puana sahip maddeler

Bölümler	BEAH	PDH
Çalışan Memnuniyet	“Maaşım hak ettiğim düzeydedir.”	
Çalışan Performansı	“İşimle ilgili olarak, kendim için belirlediğim hedeflere ulaşıyorum.”	“Mesleki yeteneklerim konusunda kendime güvenmiyorum.”
Hastane Anket	“Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında eğitim aldım.”	“Çalıştığım bölüme başlarken uyum eğitimi aldım.”

4.2.6. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeği bölümlerine göre araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçeğin uygulandığı çalışanların hastanelere, cinsiyete ve medeni duruma göre ölçeğin bölümlerinden aldıkları puan açısından farklılık olup olmadığını tespit etmek için bağımsız t testi uygulanmıştır. Çalışanların yaş aralıklarına, çocuk sahibi olma durumlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine, kurumda çalışma sürelerine, meslekte çalışma sürelerine ve aylık gelirlerine göre ise ölçek bölümlerinden aldıkları puanlara ilişkin tek yönlü varyans analizi (Anova testi) uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin ölçek bölümlerinden aldıkları puanlar arasındaki farkın kaynağını bulmak için Tukey ve Post hoc testi uygulanmıştır. Testlerin sonuçları sırasıyla Ek 12’de verilmiştir.

- **Hastanelere göre (t-testi):** Çalışan memnuniyeti ve genel değerlendirme bölümlerinde BEAH ve PDH'deki çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunmaktadır ($t_h = -2,629$; $p < 0,05$). Çalışanların çalışan memnuniyeti bölümünden aldıkları puan düzeyi BEAH ($\bar{X} = 31,49$) ile PDH'de ($\bar{X} = 33,92$) olarak belirlendiğinden memnuniyet düzeyinin PDH'de BEAH'den daha yüksek olduğu söylenebilir. Genel değerlendirmede alınan puan düzeyi ise PDH'de ($\bar{X} = 97,15$), BEAH'a ($\bar{X} = 94,42$) göre daha yüksektir.
- **Cinsiyet değişkenine göre (t-testi):** Ölçeğin tüm bölümleri için BEAH'de anlamlı bir fark bulunmamıştır. PDH'de ise anketin çalışan memnuniyeti bölümünde kadın ve erkek çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık ($t_h = 2,133$; $p < 0,05$) olduğu görülmektedir. PDH'de çalışanların çalışan memnuniyeti bölümünde aldıkları puan düzeyi kadın çalışanlarda ($\bar{X} = 31,49$) erkek çalışanlara ($\bar{X} = 33,92$) göre daha düşüktür.
- **Yaş aralıklarına göre (Anova testi):** Hem BEAH'de hem PDH'de ölçeğin tüm bölümlerinde farklı yaş aralığındaki çalışanların ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır ($p < 0,05$).
- **Medeni duruma göre (t-testi):** Ölçeğin tüm bölümleri için PDH'de anlamlı bir fark bulunmamıştır. BEAH'de ise ölçeğin genel değerlendirmesinde bekâr ve evli çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($t_h = 2,108$; $p < 0,05$). BEAH'de çalışanların genel değerlendirmede aldıkları puan düzeyi bekâr çalışanlarda ($\bar{X} = 97,00$) evli çalışanlara ($\bar{X} = 93,42$) göre daha yüksektir.
- **Çocuk sahibi olma durumuna göre (Anova testi):** Hem BEAH'de hem PDH'de ölçeğin tüm bölümlerinde farklı yaş aralığındaki çalışanların ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır ($p < 0,05$).
- **Eğitim düzeylerine göre (Anova testi):** Ölçeğin tüm bölümleri için BEAH'de anlamlı bir fark bulunmamıştır. PDH'de ise çalışan memnuniyeti bölümünde farklı eğitim

düzeylelerine sahip çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın kaynağını bulmak üzere Tukey testi yapılmıştır. Buna göre PDH’de okuryazar olan çalışan sayısı 1 olduğu için Post hoc testi yapılamamıştır. Sonuçlar PDH’de çalışan memnuniyeti bölümünden alınan puanların okuryazar olan çalışanlarda en yüksek, ilkokul mezunu olan çalışanlarda ise en düşük değerde olduğunu göstermiştir.

- **Mesleklerine göre** (Anova testi): BEAH’de çalışan memnuniyeti, çalışan performansı ve hastane anket bölümlerinde farklı mesleklere sahip çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). PDH’de hastane anket bölümlerinde farklı mesleklere sahip çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. BEAH’de çalışan memnuniyeti bölümünden alınan puanlarda anlamlı farklar; hemşire – idari personel, diğer sağlık personeli – idari personel ve idari personel – yardımcı hizmet personeli grubu arasında olup çalışan memnuniyeti bölümünden alınan puan düzeyi idari personel grubunda en yüksek değerdedir. Diğer bölümlerde bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir. PDH’de ise hastane anket bölümünden alınan puanlarda anlamlı farklar; hemşire – hekim, hekim – idari personel ve hekim – yardımcı hizmet personeli grubu arasında olup hastane anket bölümünden alınan puan düzeyinin hekimlerde en düşük değerde olduğu gözlenmiştir.

- **Kurumda çalışma süresine göre** (Anova testi): Ölçeğin tüm bölümleri için PDH’de anlamlı bir fark bulunmamıştır. BEAH’de ise genel değerlendirmede kurumda farklı çalışma süresine sahip çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de genel değerlendirmede alınan puanlarda anlamlı farkların kurumda 3 – 5 yıl ile 6 – 10 yıl çalışanlar arasında olup genel değerlendirme düzeyinin kurumda 3 – 5 yıl çalışanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

- **Meslekte çalışma süresine göre** (Anova testi): Ölçeğin tüm bölümleri için PDH’de anlamlı bir fark bulunmamıştır. BEAH’de ise çalışan memnuniyeti, hastane anket ve genel değerlendirmede meslekte farklı çalışma süresine sahip çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tukey testi sonuçlarına göre BEAH’de hastane anketi bölümünden alınan puanlarda anlamlı farklar; 3 – 5 yıl ile 15 yıldan fazla

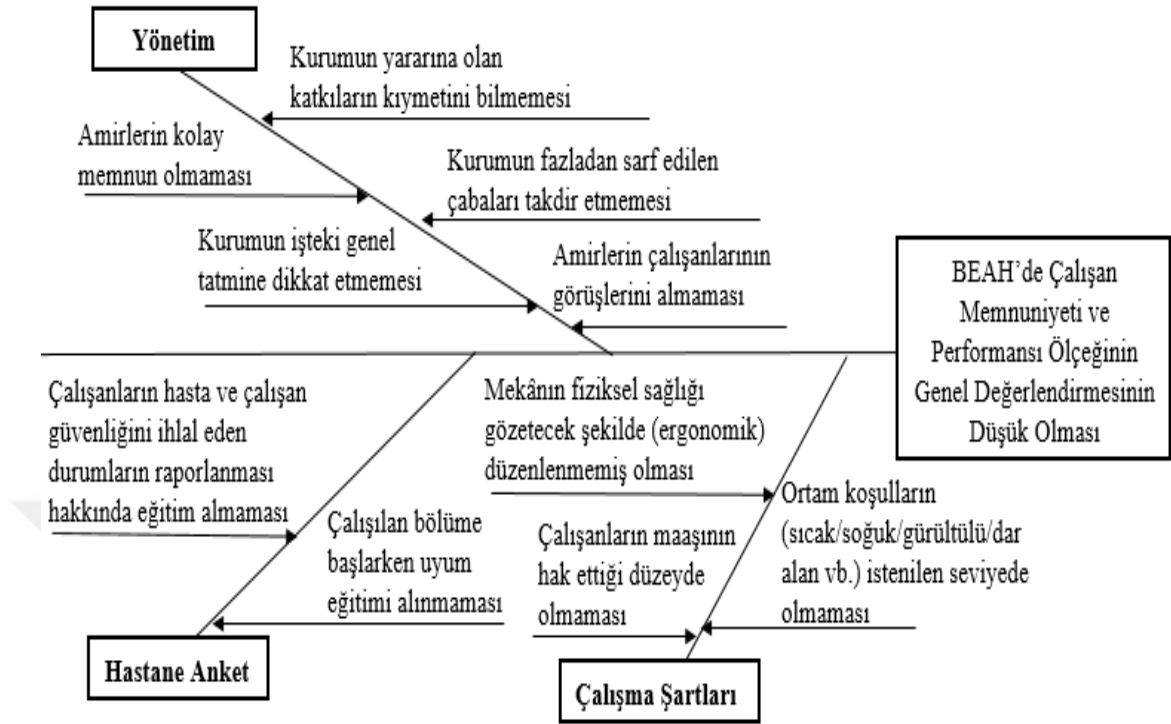
meslekte çalışanlar arasında olup, hastane anketi bölümünden alınan puanın 3 – 5 yıl meslekte çalışanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Diğer bölümlerde bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

- **Aylık gelir düzeylerine göre** (Anova testi): Ölçeğin tüm bölümleri için BEAH’de anlamlı bir fark bulunmamıştır. PDH’de ise çalışan memnuniyeti, hastane anket ve genel değerlendirmede farklı aylık gelir düzeylerine sahip çalışanların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. PDH’de hastane anket bölümünden alınan puanlarda anlamlı farklar; 5001 TL ve üzeri ile diğer gelir düzeyleri arasında olup hastane anket bölümünden alınan puan düzeyinin 5001 TL ve üzeri aylık gelir düzeyine sahip olan çalışanlarda en yüksek değerde olduğu gözlenmiştir. Diğer bölümlerde bulunan anlamlı farklar benzer şekilde yorumlanabilir.

4.2.7. Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinde sebep-sonuç analizine ilişkin bulgular

Çalışmada belirlenen düşük puanların sebeplerinin araştırılması ve belirlenmesi için sebep-sonuç diyagramı kullanılmıştır. Çalışanlara ölçek dağıtılırken yapılan görüşmeler ve araştırmalar sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda hastanelerin ölçekteki düşük puanlı alt bölümlerindeki problemin olası sebepleri sebep - sonuç diyagramlarıyla incelenmiştir.

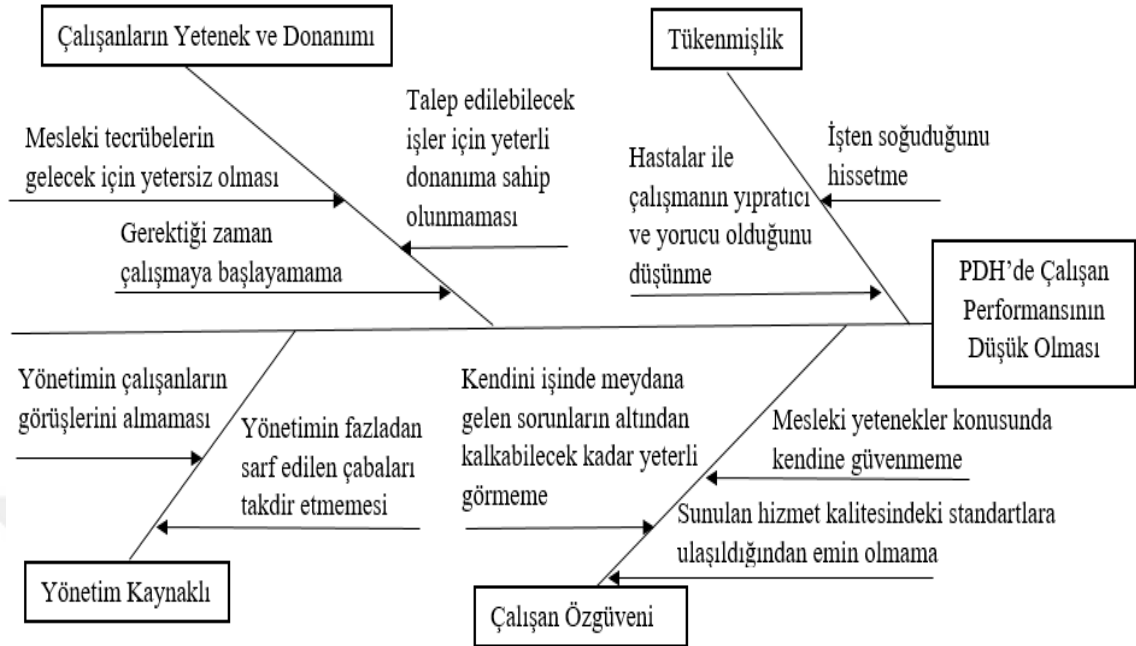
Hastanelere göre çalışanların genel değerlendirmede aldığı puanlar karşılaştırıldığı zaman; PDH’nin puan düzeyi BEAH’e göre daha yüksektir. Bu durumun olası sebepleri Şekil 4.29’da verilmiştir. Buna göre BEAH’de çalışanların genel değerlendirmede aldıkları düşük puanın sebebinin çalışma şartlarından, yönetim biçiminden ve ölçekteki hastane anket bölümünden kaynaklandığı söylenebilir.



Şekil 4.29. BEAH'deki çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin genel değerlendirilmesinin düşük olmasına ilişkin sebep - sonuç diyagramı

Hastanelere göre ölçeğin bölümleri karşılaştırıldığı zaman; çalışan performansı bölümünde PDH'deki çalışanların BEAH'deki çalışanlara göre daha düşük puan aldıkları görülmüştür. Bu durumun olası sebepleri Şekil 4.30'da verilmiştir. Buna göre PDH'deki çalışanların çalışan performansı bölümünden aldıkları düşük puanın nedenin çalışanların yetenek ve donanımları, çalışan özgüveni, tükenmişlik düşüncesi ve yönetim biçiminden kaynaklandığı söylenebilir.

Belirlenen bu sebeplerin bir kısmının geliştirilen ölçekteki alt bölümlerden, bir kısmının da bu alt bölümlere dâhil olmayan diğer sebeplerden kaynaklandığı söylenebilir.



Şekil 4.30. PDH'de çalışan performansının düşük olmasına ilişkin sebep – sonuç diyagramı

Çalışanların memnuniyetini ve performansını artırabilmek için oluşturulan bu diyagramlardan yararlanılarak ölçekten alınan puanlarda düşüklüğe yol açtığı belirlenen kaynaklarda iyileştirmeye gidilebilir.

4.3. Çalışan Memnuniyeti ve Performansının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Hastaların tüm ölçekten memnuniyet düzeyi, hastane, personel ve süreç değerlendirme boyutlarının toplamı üzerinden hesaplanarak, BEAH'de PDH'den daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni hastane değerlendirme boyutundaki memnuniyet düzeyinin BEAH'de PDH'den daha yüksek düzeyde olmasıdır. Hastane değerlendirme boyutundaki memnuniyet düzeyinin yüksek olmasının nedeni fiziki ortam, oda koşulları, yemek hizmeti ve kafeterya hizmetindeki memnuniyet düzeyinin yüksek olmasıdır.

Çalışanların tüm ölçekten aldıkları puan genel değerlendirme üzerinden hesaplanarak PDH'de BEAH'den daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni çalışan memnuniyeti ve hastane anket bölümlerinde PDH'nin daha iyi olmasıdır.

Sağlık işletmelerinin performansını değerlendirmede çalışanların memnuniyetinin ve performansının hasta memnuniyeti üzerine etkisi Çizelge 4.40'da incelenmiştir.

Çizelge 4.40. Çalışanların performansının ve memnuniyetinin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi

Bölümler	BEAH		PDH	
	Ort.- Std.Sap.	Yüzde (%)	Ort.- Std.Sap.	Yüzde (%)
Çalışan Memnuniyet	31,49 ± 7,87	57,25	32,89 ± 6,93	59,8
Çalışan Performansı	52,85 ± 7,48	81,31	52,80 ± 6,59	81,23
Hastane Anket	10,08 ± 1,73	84,00	10,43 ± 1,73	86,91
Genel Değerlendirme	94,42 ± 10,88	71,53	97,01 ± 9,87	73,49
Bölümler	BEAH		PDH	
	Ort.- Std.Sap.	Yüzde (%)	Ort.- Std.Sap.	Yüzde (%)
Hastane Değerlendirme	89,30 ± 9,63	85,05	86,00 ± 12,02	81,90
Personel Değerlendirme	84,27 ± 7,50	93,63	85,61 ± 7,83	95,12
Süreç Değerlendirme	31,64 ± 3,90	90,43	32,86 ± 3,11	93,89
Tüm Ölçek	205,21 ± 17,26	89,22	204,47 ± 19,42	88,90

Çizelge 4.40'a göre PDH'de çalışanlara uygulanan ölçekte alınan puan düzeyi ($\bar{X}=97,01$) BEAH'e ($\bar{X}=94,42$) göre yüksek olmasına rağmen hasta memnuniyet düzeyi PDH'de ($\bar{X}=204,47$) BEAH'e ($\bar{X}=205,21$) göre düşüktür. Sonuçların birbirine çok yakın olduğu dikkate alınarak düşüklüğün temel sebebinin hastane değerlendirme boyutundaki memnuniyet düzeyinin PDH'de daha düşük olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Yani, çalışan memnuniyetinin yüksek olması hasta memnuniyeti için yeterli değildir.

Çalışan performansı bölümünden alınan puan düzeyinin yüksek olduğu BEAH'de hasta memnuniyet düzeyi de yüksek çıkmıştır. Bunun temel sebebi olarak yüksek çalışan performansının verilen hizmetin kalitesini artırdığı şeklinde yorumlanabilir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

TKY, bir kuruluş içinde kaliteyi odak alan, kuruluşun bütün üyelerinin katılımına dayanan, müşteri memnuniyeti yoluyla uzun vadeli başarıyı amaçlayan ve kuruluşun bütün üyelerine ve topluma yarar sağlayan yönetim yaklaşımıdır.

Sağlık hizmetinde, TKY uygulamalarının odak noktasında müşteri beklenti ve isteklerinin karşılanması vardır. Sağlık hizmetlerinin müşterisi sadece hastalar değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri üretimi sürecinde bulunan tüm birey ve kurumlardır. Bu durumdan hareketle çalışmada TKY kapsamında sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi seviyesi dış müşteri olan hastaların ve iç müşteri olan çalışanların algısı ile ölçülmüştür. Bu amaçla hastalara ve çalışanlara uygulanmak üzere geniş bir literatür taramasının ardından “Hasta Memnuniyeti Ölçeği” ile “Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği” geliştirilmiştir.

Hasta memnuniyeti ölçeği temelde hastane, personel ve süreç değerlendirme olmak üzere 3 ayrı boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin her bir boyutunun geçerlik ve güvenilirliğini test etmek için yapı geçerliliğinden yararlanılarak açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda hasta memnuniyeti ölçeğinde 3 boyut, 11 alt faktör ve 46 madde oluşmuş ve ölçek kararlı yapısına ulaşmıştır. 11 alt faktöre sırasıyla fiziki ortam, erişim, oda hizmetleri, oda koşulları, yemek hizmeti, kafeterya hizmeti, doktorlar, hemşireler, diğer personel, süreç, birim hizmet kalitesi isimleri verilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda toplam Cronbach Alfa değerinin 0,92 olduğu ve alt boyutlarının ise 0,60 ile 0,93 arasında olduğu bulunmuştur. Bu değerlerin kabul edilebilir, ölçeğin de güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu söylenebilir.

Çalışan memnuniyeti ve performansı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek için kapsam geçerliliğinden yararlanılmıştır. Bunun sonucunda ölçek, ölçülmek istenen kavramlara yönelik 3 bölüm ve 30 maddeden oluşmuştur. 3 bölüme sırasıyla çalışan memnuniyeti, çalışan performansı ve hastane anketi isimleri verilmiştir. Ölçeğin

geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda toplam Cronbach Alfa değerinin 0,75 olduğu ve alt boyutlarının ise 0,71 ile 0,82 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu değerlerin kabul edilebilir, ölçeğin de güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu söylenebilir.

Geliştirilen ölçeklerin örneklemini Erzurum il merkezindeki Palandöken Devlet Hastanesi'nde (PDH) ve Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (BEAH) yatarak tedavi gören hastalar (420 kişi) ve bu hastanelerin çalışanları (308 kişi) oluşturmaktadır.

Hasta Memnuniyeti Ölçeği için belirlenen bağımsız değişkenlerin (hastaların yattığı servis, oda türü, odada kalan hasta sayısı, hastanede kaldığı gün, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, aylık geliri ve ikametgâh yeri) hasta memnuniyet düzeyi ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için t testi ve varyans analizi yapılmıştır. t-testi ve varyans analizi sonunda hastaneler ve araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında ölçeğin bazı boyut ve faktörleri kapsamında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Hastaneler ile hasta memnuniyetine ilişkin yapılan t-testinde fiziki ortam, oda koşulları, yemek hizmeti ve kafeterya hizmeti alt faktörlerinde BEAH memnuniyet ortalamasının PDH memnuniyet ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Erişim, diğer personel, süreç ve birim hizmet kalitesi alt faktörlerinde ise hasta memnuniyet ortalaması PDH'de BEAH'den daha yüksektir. Elde edilen sonuçlara göre hem BEAH'de hem de PDH'de memnuniyet düzeyinin düşük olduğu alt faktörlerde, memnuniyetsizliğin nedenlerine ilişkin araştırmalar yapılmış ve elde edilen veriler sebep - sonuç diyagramıyla gösterilmiştir.

Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği için belirlenen bağımsız değişkenlerin (çalışanların çalıştıkları hastane, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, mesleği, kurumda çalışma süresi, meslekte çalışma süresi ve aylık geliri) çalışanların ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için t-testi ve varyans analizi yapılmıştır. t-testi ve varyans analizi

sonunda hastaneler ve araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında ölçeğin bazı bölümleri kapsamında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Hastaneler ile çalışanların ölçekten aldıkları puanlara ilişkin yapılan incelemede, çalışan performansı bölümünde PDH'deki çalışanlar, çalışan memnuniyeti ve hastane anket bölümlerinde ise BEAH'deki çalışanlar daha düşük puan almışlardır. Elde edilen sonuçlara göre hem BEAH'de hem de PDH'de çalışanların ölçekten aldıkları puanların düşük olduğu alt faktörlerde, memnuniyetsizliğin nedenlerine ilişkin araştırmalar yapılmış ve elde edilen veriler sebep - sonuç diyagramıyla gösterilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında yapılabilecek öneriler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Hastanede hasta memnuniyeti düzenli aralıklarla ölçülmeli, şikâyet ve öneri mekanizmaları geliştirilerek kontrol altında tutulmalıdır. Yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip olan hastalar da hedeflenerek hastaneyi tekrar tercih etmeleri için düzenlemeler yapılmalıdır. Temizlik hizmetlerinin denetimi sık sık yapılmalı, özellikle tuvaletler gibi sağlığa doğrudan etki edebilecek bölgelerde temizlik personeli denetlenmelidir. Sunulan hizmetlerin farklı boyutları sorgulanmalı ve eksiklik görülen konularda iyileştirilmelere gidilmelidir.

Sağlık sektöründe, sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmekte ve performanslarının her zaman yüksek olması arzu edilmektedir. Sağlık çalışanlarının performansını düşürebilecek sorunların analiz edilmesi, çözümünün sağlanması ve sağlık yöneticilerinde konuya dair farkındalıkların oluşturulması sağlıkta hizmet kalitesi seviyesinde artışa sebep olacağı düşünülmektedir. Sağlık personelinin de memnuniyeti dikkate alınarak kaliteli hizmet bilinci oluşturulmalı ve hasta ile iletişim konusunda gerekli hizmet içi eğitim programlarına yer verilmelidir. Ayrıca sağlık çalışanının memnuniyetinin periyodik olarak ölçülmesine özen gösterilmelidir.

Geliştirilen iki ölçek, verilen izin doğrultusunda Erzurum il merkezindeki sadece iki devlet hastanesinde uygulanmıştır. Bundan sonraki araştırmalarda; çalışan memnuniyeti ve performansının hasta memnuniyeti üzerine etkisini daha net bir şekilde belirlemek için geliştirilen ölçekler daha fazla sayıda devlet, özel ve üniversite hastanelerinde uygulanabilir. Yatan hastaların yanı sıra acilde, ayakta tedavi gören hastalar ve hasta yakınları da araştırma kapsamına dâhil edilebilir. Ayrıca geliştirilen ölçeklerde açık uçlu soruların da yer almasına özen gösterilip isteklerin belirtilmesine olanak tanınabilir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerindeki algılanan hizmet kalitesi ölçümü için geliştirilen Hasta Memnuniyeti Ölçeği ve Çalışan Memnuniyeti ve Performansı Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir birer ölçek olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Akbaba, M., Öztaş, D., Kurt, B. ve Sanaç, G., 2018. Sağlık Evi Ebelerinin Çalışma Koşulları ve Memnuniyet Durumlarının Araştırılması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 344-351.
- Anonim, 2018a. Kalitenin Önemi. <http://www.saglikkitabi.org/kalitenin-onemi> (10.12.2015)
- Anonim, 2018b. http://skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=6&Itemid=26, (01.11.2018)
- Anonim, 2018c. Yönetimde Sayısal Teknikler. www.akademikdestek.net (01.09.2018).
- Anonim, 2018d. www.istatistikmerkezi.com (30.10.2016).
- Ar, C.H., 1992. The measurement of patient satisfaction. *Public Health Med* (14), 236-249.
- Arıkboğa, F.Ş., 2003. Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi ve Bir Araştırma. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 53(2), 60.
- Ayaz, H. ve Soykan, A., 2002. Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 19-26.
- Aydın, K., 2005. Hizmet İşletmelerinde Servqual Yöntemi İle Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli'ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması. *Dergi Park Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (50), 1101-1130.
- Aytar, G. ve Yeşildal, N., 2004. Yatan hasta memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Derg* (3), 10-14.
- Balcı, A., 2005. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem Teknik ve İlkeler. Beşinci.Baskı, Ankara, Pegem A.Yayıncılık.
- Bandalos, B., 1996. Confirmatory factor analysis. *Applied multivariate statistics for the social sciences*, Mahwah, Ed: In J. Stevens, NJ: Lawrence Erlbaum, 389-420.
- Bayrak S., 1998. Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kurumlarında Uygulanmasında Pratik Güçlükler. *Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi*, 49.
- Baysal, M.E., Sarucan, A. ve Avcı, E.O., 2012. Bir Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Servqual Metodu Yardımıyla Sağlık Hizmeti Alan Müşterilerin Beklentilerinin Analizi. *S.Ü. Müh.-Mim. Fak. Dergisi*, 27(2), 38-42.
- Bergman, B. and Klefsjö, B., 1994. *Quality*. McGraw-Hill, Sweden.
- Bilgin, Y. ve Göral, M., 2017. Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(16), 151-176.
- Bircan, H. ve Baycan, S., 2004. Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* 28(2), 173-185.
- Bişkin, F., 2018. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Konya İlinde Bir Uygulama. *International Review of Economics and Management*, 6 (1), 50-73.
- Bozkurt, R., 1995. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri. MPM Yayınları, Yayın No:549, Ankara.
- Brady, M. K. and Cronin, J. J., 2001. Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, 65 (3), 34-49.

- Bulgan, U. ve Gürdal, G., 2005. "Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi?". Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlaması, ÜNAK'05, Kadri Has Üniversitesi, İstanbul.
- Buttle, F., 1996. Servqual: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, Vol.30 No.1, 10-11.
- Büyüköztürk,Ş., 2002. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470-483.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F., 2010. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 5. Baskı, Pegem Akademi Yayınları Ankara.
- Can, A., 2008. Örgüt Kültürünün Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Uygunluğunun Testine Yönelik Bir Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13 (3), 293-307.
- Carman, M.J., 2000. Patient perceptions of service quality: combining the dimensions. *Journal of Management of Medicine*, 14(5/6), 339-356.
- Comrey, A. L., 1988. Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(5), 754.
- Costello, A. B., and Osborne, J. W., 2005. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 10, 1-9.
- Cronin, J.J. and Taylor, S.A., 1992. Measuring Service Quality: A Re-examination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cronin Jr., J.J., Brady, M.K. and Hult, G.T.M., 2000. Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218.
- Crosby, P. B., 1979. *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*. New American Library, New York.
- Çatalca H., 2003. Sağlık Hizmetlerinde TKY, Kalder Yayınları, İstanbul, s. 1.
- Çavuş M., 2013. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Akademik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 1(1),238-257.
- Çelen, Ö., Karaalp, T., Kaya, S., Demir, C., Teke, A., ve Akdeniz, A., 2007. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Hemşirelerin Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarından Beklentileri ve Bu Programlar ile İlgili Düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, S.49, Ankara.
- Çokluk, Ö. Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, S., 2010. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları, Pegem Akademi, 424 s, Ankara.
- Çoruh M., 1994. Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerekçeler ve Güçlülkle Sağlık Sektöründe TKY'nin Yeri. s. 7-8, Ankara.
- Çoruh, M., 1998. Hastanelerde kalite belgesi alma girişimi ve ötesi. *Modern Hastane Yönetimi*, Sayı: 4, 4-5.
- Değer, Ç., 2012. Kano Modeli İle Bütünleştirilmiş Servqual Analizinin Kalite Fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması. Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Y. Lisans Tezi.
- Deniz, H. M. ve Hobikoğlu, H. E., 2011. Türkiye'de Değere Bağlı Sağlık Sistemi Temelinde Kamu ve Özel Sektör Açısından Algılanan Hizmet Kalitesi. *International Conference on Eurasian Economies*, 160-166.

- Deniz, N., 2016. Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Ölçümüne Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. Doktora Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Deniz, N. ve Büyük K., 2017. Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Kalite Algılarının Değerlendirilmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 03 (03), 52-69.
- Devebakan, N. ve Aksaraylı, M., 2003. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-54.
- Devebakan, N., 2005. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü. İzmir, <http://www.kalder.org.tr> (07.11.2018).
- Devebakan, N., Erdem, R. ve Rahman, S., 2007. Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 37-55.
- Dursun, T., 2011. Uzaktan Eğitimde Hizmet Kalitesinin Ölçülenmesi ve Eğitim Sektöründe Bir Uygulama. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Efil, İ., 1996. Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç – ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi. Uludağ Üniversitesi Yayınları, Yayın No 110, Bursa.
- Eggleston, K, Lu, M., Li, C., Wang, J., Yang, Z., Zhang, J. and Quan, H. 2010. Comparing public and private hospitals in china: evidence from guangdong. *BioMed Central(BMC) Health Services Research*, 10: 76.
- Elmacı, O., 2001. Toplam Kalite Yönetimi, DPÜ Yayınları, Kütahya.
- Emhan, A. ve Bez Y., 2010. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(3), 241-247.
- Ercan, İ., Ediz, B. ve Kan, İ., 2004, Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30 (3) 151-157.
- Ercan, İ. ve Kan, İ., 2004. Ölçeklerde Güvenirlilik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30, 211-216.
- Erdemir, E., 2007 . İşe Almada Aday Odaklılık: Kavramsal Çerçeve ve Ölçek Geliştirme. Basılmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Erdemir, A., 2015. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Y. Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erdugan, F., Yörübulut, S., Şahin, E. ve Öncel, S.Y., 2017. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Hasta ve Çalışan Memnuniyeti. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 165-177.
- Feigenbaum, A. V., 1983. Total Quality Control. McGraw – Hill Book Company, 851 p, USA.
- Finkel, M. L., 1997. The Importance of Measuring Patient Satisfaction. *Employee Benefits Journal*, 22 (1), 12-15.
- Fraenkel, J. R., and Wallen, N. E. 2008. How to design and evaluate research in education 7th ed. New York: McGraw-Hill.

- Garvin, D., 1984. What Does "Product Quality" Really Mean? Sloan Management Review, Fall, 25-45.
- Ghobadian, A., Speller, S. and Jones, M., 1994. Service Quality: Concepts and Models. International Journal of Quality & Reliability Management, 11(9), 43-66.
- Grönroos, C., 1984. A Service Quality Model and Its Marketing Implications. European Journal of Marketing, 18(4), 36-44.
- Guadagnoli, E. and Velicer, W.F., 1988. Relation of Sample Size to the Stability of Component Patterns. Psychological Bulletin, 103, 265- 275.
- Gummesson, E., 1988. Service quality and product quality combined. Review of Business, 9(3), 1-11.
- Gummesson, E., 1993. Quality Management in Service Organizations. International Service Quality Association, St John's University, New York, NY.
- Gülmez T. ve Çetinkaya, A., 1999. Okul Gelişimi Modeli-Planlı Okul Gelişimi, Milli Eğitim Basımevi, Ankara, 35, 10-15.
- 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, 6(2), 147-169.
- Günaydın, M., 2002. <http://www.iyte.edu.tr/~muratgunaydin/TKY3.doc> (05.11.2018).
- Henson, R. K. and Roberts, J. K., 2006. Exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. Educational and Psychological Measurement, 66(3), 393-416.
- İkiz, H.E., 2010. Hizmet Kalitesi Modellerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.
- İlhan, M.N., 2015. Bir Üniversite Hastanesinde Ayaktan Tedavi Gören Hastaların ve Yakınlarının Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentilerinin ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Y. Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- İnam, Ö. ve Tütüncü, S.K., 2017. Türkiye'de Sağlık Alanında Toplam Kalite Yönetimi Konusunda Yapılmış Tez Profillerinin İncelenmesi (2012-2016). 110-122. <http://igusabder.gelisim.edu.tr>
- Juran, J. M., 1988, Juran on Planning for Quality, The Free Press, New York.
- Kalaycı, Ş., 2008. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 3. Baskı, Asil Yayın Dağıtım A.Ş., 425 s, Ankara.
- Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F. and Tsuji, S., 1984. Attractive quality and must-be quality. The Journal of the Japanese Society for Quality Control, 14(2), 39-48.
- Karaca, Ş.B., 2014. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama: Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma. Y. Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Karadeniz S., 2013. İç Müşteri Memnuniyetinin Dış Müşteri Memnuniyetine Etkileri ve bir Araştırma. Y. Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Karahan, K., 2000. Hizmet Pazarlaması. Birinci Baskı, Beta Basım A.Ş., S.194, İstanbul.
- Karassavidou, E., Glaveli, N. and Papadopoulos, T. C., 2009. Quality in nhs hospitals: no one knows better than patients. Measuring Business Excellence, 13(1), 34-46.
- Kavuncu, O., 2018. Bilimsel Araştırma Yöntemleri Örneklem Yöntemleri. <http://www.orhankavuncu.com/index.php/bilimsel-arastirma-yontemleri/172-bolum-dort> (01.09.2018).

- Kavuncubası, Ş., 2000. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 270-276.
- Kavuncubası, Ş. ve Kısa, A., 2002. Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Eskişehir.
- Kaya, S., Yiğit, Ç., Peker, S., Cankul, H.İ., 2003. Bir Askeri Hastanenin Dâhiliye Polikliniğini Kullanan Hastaların kalite algıları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 6, 89-115.
- Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. ve Yılmaz, A., 2013. Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyeti. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayını, Yayın No:1821, 30-60,
- Kayri, M., 2009. Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19(1), 51-64.
- Kayral İ. H., 2012. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.
- Kıdak, L.B. ve Aksaraylı, M., 2008. Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(3), 87-122.
- Kıdak, L.B., Nişancı Z. N. ve Burmaoğlu S., 2015. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği, 22(2), 483-500.
- Kline, R. B. 2005. Principle and practice of structural equation modelling. Second Edition, New York: The Guilford Press.
- Kotler, P and Armstrong G., 2001. The Principles of Marketing, New Jersey, Prentice Hall.
- Köklü, N., Büyüköztürk Ş. ve Bökeoğlu, Ç.Ö., 2006. Sosyal bilimler için istatistik. Ankara, PegemA Yayıncılık.
- Kurtuluş, K., 2004. Pazarlama Araştırmaları. Genişletilmiş 7. Baskı, Literatür Yayınları, 114, İstanbul, 397-418.
- Kuzu, A., 2010. Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli Servqual Uygulaması. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Sakarya, s.26.
- Künarcı, Z., 2016. Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörlerin Analizi. Y. Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Lam, E.T.C., 2000. Service quality assessment scale (SQAS): An instrument for evaluating service quality of health-fitness clubs. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Houston, Texas
- Lehtinen, U. and Lehtinen, J.R., 1991. Two Approaches to Service Quality Dimensions. Service Industries Journal, 11, 287-303.
- Matzler, K. And Hinterhuber, H. H., 1998. How to make product development projects more successful by integrating ano's model of customer satisfaction into quality function deployment. Technovation, 18(1), 25-38.
- McAlexander, James H., Kaldenberg, Dennis O., Koeing, and Harold F., 1994. Service Quality Measurement. Journal of Health Care Marketing, Fall, 14(3), ABI/INFORM Global, 34.
- Mohammad, G.T., 2007. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama.

- (Yayınlanmamış Y.Lisans Tezi) Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Mucuk, İ., 1994. Pazarlama İlkeleri. DER Yayınları, 6. Baskı, s.406, İstanbul.
- Mujic N. and Legcevic J., 2006. Applying a Multiple-item Scale for Measuring the Quality of the Medical Services of Primary Care Doctors: An Exploratory Study. SEE Journal, September.
- Neal, T.G., Naoko, O. and Genevieve, A. G., 1994. Job Satisfaction Among Nurse Assistants Employed in Nursing Homes: An Analysis of Selected Job Characteristics. Journal of Aging Studies, 3(4), 369-370.
- Normann, R.,1991. Service Management- Strategy and Leadership In Service Business. Second Edition, John Wiley.
- Öner, F.G., 2009. Ankara Mevki Asker Hastanesi Ağız Sağlığı ve Diş Tedavi Merkezi'nde Hasta Memnuniyeti. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Öksüz, E. ve Malhan, S., 2005. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği Geliştirilmesi. III. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yöneticileri Kongresi, 26-28, Kuşadası.
- Önsüz, M.F., Topuzoğlu A., Cöbek, U.C., Ertürk, S., Yılmaz, F. ve Birol, S., 2008. İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. Marmara Medical Journal, 21(1), 033-049.
- Özabacı, N., 2011. İlişki Niteliği Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ozmangazi Üniversitesi, Eğitim ve Bilim Dergisi, 36(162).
- Özdamar, K., 2004. Tabloların Oluşturulması, Güvenirlik ve Soru Analizi. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 5. Baskı, Eskişehir, Kaan Kitabevi, 201-250.
- Özer, M., ve Bakır, B., 2003. Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmenlerin Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 45(2), Ankara, s.118.
- Özevren, M., 1996. Toplam Kalite Yönetimi-Temel Kavramlar ve Uygulamalar, Alfa Yayınları, Yayın No 349, İstanbul.
- Özveren M., 2000. Toplam Kalite Yönetimi. Alfa Yayıncılık, 266 s, İstanbul.
- Özkan, C., Zaim S. ve Türkyılmaz, A., 2006. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyet Ölçümü: Simetrik ve Asimetrik Etki Analizi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 5(9), 61-71.
- Öztürk, F.G., 2013. Ordu İli Arıcılık Sektörünün Ekonomik Yapısı Üzerine Bir Araştırma. Y. Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Öztürk, S.A., 1996. Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin Artırılması. Verimlilik Dergisi, Nisan, 65.
2003. Hizmet Pazarlaması. Ekin Kitabevi, 4. Baskı, s.244, İstanbul.
- Parasuman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L., 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing, (49), 41-50.
- Parasuman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L., 1988. SERVQUAL:A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing 64(1), 12-40.
- Park, J.W., Robertson, R. and Wu., C.-L., 2004. The Effect of Airline Service Quality on Passengers' Behavioural Intentions: A Korean Case Study. Journal of Air Transport Management, (10), 435-439.

- Patwardhan, A. D., 2008. Business Process Re-Engineering– Saviour or Just Another Fad? One UK Health Care Perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(3), 289 – 296.
<http://dx.doi.org/10.1108/09526860810868229>
- Rakich, J.S., Longest, B.B. and Darr, K., 1992. *Managing Health Services Organizations*, Health Professions Press, Third Edition, USA.
- Ramig, P.R., 1983. Applications of the analysis of means. *Journal of Quality Technology*, 15, 19-25.
- Rayburn, L. G., 1996. *Cost Accounting: Using a Cost Management Approach*. Times Mirror Higher Education Group, Inc., S. 11.
- Roscoe, J. T., 1975. *Fundamental research statistics for the behavioral sciences*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Saat, M., 1999. Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak SERVQUAL Analizi, *Gazi Ün. İ.İ.B.F. Dergisi*, Sayı:3, 107-108.
- SAGEM, 2017. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı,
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SAGEMpersonelMemnuniyeti2017.pdf> (12.04.2018).
- Sakallı, A., 2007. Toplam Kalite Yönetimi. <http://www.omem.web.tr> (20.10.2018).
- Sağlık Bakanlığı, 2015. Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi. <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/52205,48--memnuniyet-anketleri-uygulama-rehberi-01112015pdf.pdf?0> (14.12.2017).
- Savaş, E. ve Bahar, A., 2011. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(1), 24-28.
- Savaş, H., ve Kesmez, A.G., 2014. Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (17), 1-13.
- Senic V. and Marinkovic V., 2013. Patient Care, Satisfaction and Service Quality in Health Care. *International Journal of Consumer Studies*, 37, 312–319.
- Serbest, G. N., 2006. Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması. Y. Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sevimli, S., 2006. Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama. Y.Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Seyran D., 2004. Hizmet Kalitesi, Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açışı. *Kal-Der Yayınları*, No:34, İstanbul.
- Sezgin, B., 1998. Acil Servise Başvuran Hastaların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin İncelenmesi. Y. Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Soba, M., Altınay, A., Karaarslan, F., Kaki, B. ve Temel, E., 2017. Üniversite Dış Hekimliği Fakültelerinde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Uşak Üniversitesi Örneği. *International Conference on “Scientific Cooperation for the Future Thessaloniki in Economics and Administrative Sciences”*, Thessaloniki.

- Soğancı, E., 2012. Servqual İle Beklenti ve Algının Birlikte Ölçümüne Yönelik Eğitim Sektöründe Bir Araştırma. Y. Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Sipahi, B., Yurtkoru, E. S. ve Çinko, M., 2010. SPSS' le Veri Analizi. 3. Baskı, İstanbul, Beta Yayınları, 73-154.
- Stapleton, C.D., 1997. Basic Concepts And Procedures Of Confirmatory Factor Analysis. Paper Presented At The Annual Meeting Of The Southwest Educational Research Association (Austin, January).
- Şimşek, M, (1998). "Kalite Yönetimi", Alfa Basım Yayın, 2. Baskı, Marmara Üniversitesi Yay. No: 584, İstanbul.
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S., 2001. Using Multivariate Statistics, 6th edition, Pearson, USA.
- Tan, M., 2016. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirmesi Bingöl Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama. Y. Lisans Tezi, Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bingöl.
- Tarım, M., 2000. Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite. Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını, No:38, Ankara.
- Taş, D., 2009. Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama. Basılmamış Y. Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Taşçı, D., 2013. Kalite Yönetim Sistemleri-Kalite Kavramı Ünite 1, 1.Baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri, No: 2810, s. 4, Eskişehir.
- TDK, 2018. Kalitenin Tanımı, Erişim Tarihi: 21.10.2018 www.tdk.gov.tr
- Terakye, G., 2004, Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir?, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum. www.kalder.org/genel/13ukk/sunumlar
- Tezcan, S., Yücel, M.H., Ünal, U.B. ve Edirne, T., 2014. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti. Pamukkale Tıp Dergisi, 7 (1), 57-62.
- Tonta, Y., 2008. Varyans Analizi (ANOVA), Kovaryans Analizi (ANCOVA), Faktöriyel ANOVA, Çoklu Varyans Analizi (MANOVA). <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/courses/fall2007/sb5002/sb5002-10-varyans-analizi.pdf> (05.09.2018).
- Tözün, M., Çulhacı, A. ve Ünsal, A., 2008. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(5), 377-384.
- Tunca, E., 2014. Sebep & Sonuç Diyagramı. http://www.ercantunca.com/Haber_Detay.asp?id=47 (01.09.2018).
- Tutar, H., 2007. Erzurum'da Devlet ve Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin İşlem Adaleti, İş Tatmini ve Duygusal Bağlılık Durumlarının İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 12(3), 97-120.
- Tükel, B, Acuner, A.M., Önder, Ö.R. ve Üzgül, A., 2004. Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). Ankara Üni Tıp Fakültesi Mecmuası, (57), 205-214.
- Türkmen, E., 2009. İş Karakteristikleri ve Algılanan Örgütsel Destek Kavramlarının Öz-Yeterlilik İnancı İle İlişkisi ve Özyeterlilik İnancının Çalışan Performansı Üzerine Etkisi. Y. Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Uyguç, N., 1998. Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım. Dokuz Eylül Yayınları, 1. Baskı, s.27, İzmir.

- Uzun, E., Güney, M., Oral, B., Özsoy, M. ve Mungan, T., 2006. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi: Verilen Hizmetlerle İlgili Hasta Memnuniyeti ve Etki Eden Faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(3), 167-171.
- Uzuntarla, Y., Ceyhan S. ve Fırat İ., 2017. Çalışan Performansının İncelenmesi: Sağlık Sektörü Örneği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 59, 16-20.
- Varinli, İ. ve Çakır, A., 2004. Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki -Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 33-52.
- Vavra, T.G., 1999. Müşteri Tatmini Ölçümlerini Geliştirmenizin Yolları. *Kalder Yayınları*, 28, İstanbul.
- Voon, B.H., Abdullah, F., Lee, N. and Kueh, K., 2014. Developing a HospiSE Scale for Hospital Service Excellence. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 31(3), 261-280.
- Vural, F., Dura, A.A., Fil, Ş., Çiftçi, S., Torun S.D. ve Patan, R., 2012. Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Kurumda Kalma ve Örgütsel Bağlılığa Etki Eden Faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 137-144.
- Walbridge, S.W. and Delene, L.M., 1993. Measuring physician attitudes of service quality. *Journal of Health Care Marketing*, 13(4), Winter, 6-15.
- Wang, Y., Lo, H.P. and Yang, Y., 2004. An Integrated Framework for Service Quality, Customer Value, Satisfaction: Evidence from China's Telecommunication Industry. *Information Systems Frontiers*, 6(4), 325-340.
- Williams, S. J., Calnan, M., 1991. Convergence and Divergence: Assessing Criteria of customer Satisfaction Across General Practic, Dental and Hospital Care Settings. *Social Science and Medicine*, 33(6), 707-716.
- Yalçın, İ. ve Koçak, S., 2009. Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(2), 19-41.
- Yalçın, İ. E., Çakır, Ö. ve Özdemir Alıcı, D., 2015. "A Study of Scale Development on Primary School Students' Attitudes towards Project Base Learning", *Elementary Education Online*, 14(3), 1096-1105.
- Yeşilbayır, S., 2007. Toplam Kalite Yönetimi. Y. Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, V., Çelik, E. and Depren, B., 2007. Devlet ve Özel Sektör Bankalardaki Hizmet Kalitesinin Karşılaştırılması: Eskişehir Örneği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Sayı 8 (2), 234-248.
- Yılmaz, H., 2012. Çok Değişkenli İstatistiksel Süreç Kontrolü: Bir Hastane Uygulaması. Y. Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, Ş., 2014. Kaizen Sürekli İyileştirme Stratejisi İle Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. Y. Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Estirüsü, İstanbul, s.96.
- Zengin, E.ve Erdal, A., 2000. Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Journal of Qafqaz University Volume III Number I*, 43-56.
- Zerenler, M. ve Öğüt, A., 2007. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 501-519.

ÖZGEÇMİŞ

17 Eylül 1993 yılında Erzurum'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Erzurum'da Evliya Çelebi İlköğretim Okulunda, lise öğrenimini ise Erzurum Lisesinde tamamladı. 2011 yılında girdiği Atatürk Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Endüstri Mühendisliği bölümünden 2015 yılında mezun oldu. 2015 yılında Atatürk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı.

