

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE ALGILANAN DOKTOR İMAJININ
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Yusuf ÖCEL

Düzce
Mayıs, 2016

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOAYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE ALGILANAN DOKTOR İMAJININ
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Yusuf ÖCEL

Danışman: Prof. Dr. Kahraman ÇATI

Düzce
Mayıs, 2016

T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yusuf ÖCEL'e ait "Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi" adlı çalışma, jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalı'nda DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Komisyon Başkanı : Yrd. Doç. Dr. Süleyman ŞAHİN

Üye (Tez Danışmanı) : Prof. Dr. Kahraman ÇATI

Üye : Doç. Dr. İzzet KILINÇ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yunus Emre TAŞGİT

Üye : Yrd. Doç. Dr. Abdülhamit EŞ

Prof. Dr. Mehmet Selami YILDIZ

Sosyal Bilimler Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversite de başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını onurumla doğrularım.

Yusuf ÖCEL

23.05.2016

ÖNSÖZ

Öncelikle doktora öğrenim süresince bana danışmanlık yapmayı kabul eden, tez konumun seçiminden tezimin tamamlanmasına kadar her aşamada bana destek veren, tüm sorularıma sabır içerisinde cevap veren, akademisyen olma yolunda bilim ışığıyla karanlık yolumu aydınlatan Prof. Dr. Kahraman ÇATI' ya teşekkürü bir borç bilirim.

Doktora öğrenimime başlamadan önce beni akademik topluma kazandırmak için çaba sarf eden, her fırsatta beni bu toplumun içerisinde bulunmaya sevk eden, istatistik dehasıyla bilgime bilgi katan çok değerli Doç. Dr. Yalçın KARAGÖZ'e saygılarımı sunarım.

Doktora öğrenimim boyunca Düzce Üniversitesinde araştırmalarım için bana her fırsatta yardımcı olan, kapılarını açan çok kıymetli Prof. Dr. Nigar Demircan ÇAKAR'a, Doç. Dr. İzzet KILINÇ'a, Prof. Dr. Mehmet Selami YILDIZ'a, Doç. Dr. Mehmet Akif ÖNCÜ'ye, Doç. Dr. Zafer AKBAŞ'a, Yrd. Doç. Dr. Yunus Emre TAŞGİT'e, Yrd. Doç. Dr. Abdülhamit EŞ'e, Yrd. Doç. Dr. Süleyman ŞAHİN'e, Dr. Yusuf BİLGİN'ne ve Arş. Gör. Fuat YALMAN'a şükranlarımı sunarım.

Hayatım boyunca güvenlerini her zaman hissettiğim değerli anneme, babama ve kardeşlerime; bu araştırmamı hazırlarken sabırla beni destekleyen ve moral veren eşime; bu noktaya gelmem de beni sürekli motive eden meslek arkadaşlarıma; fikir pazarlamasını bana pratik olarak öğreten kıymetli Memur-Sen yöneticilerime sevgi ve saygılarımı sunarım.

ÖZET

SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE ALGILANAN DOKTOR İMAJININ HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yusuf ÖCEL

Doktora Tezi

İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kahraman ÇATI

Mayıs, 2016

Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler gün geçtikçe çoğalmakta ve karmaşık hale gelmektedir. Teknolojik yenilikler, rekabet, toplumun refah düzeyinin yükselmesi, sağlık okuryazarlık bilgi birikimi, müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının gün geçtikçe değişiklik arz etmesi sağlık hizmetlerinde de bir takım yeniliklerin yapılmasını zorunlu kılmıştır. Sağlık hizmet sunucuları hayatta kalabilmek, kar elde edebilmek ve rekabet avantajı sağlayabilmek için müşterilerin ve toplumun sesine kulak vermelidirler. Sağlık hizmet tüketicilerinin memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmet kalitesinin kontrolüyle ve doktorların toplumun zihninde oluşturdukları olumlu imajla mümkün olabilir. Dolayısıyla hasta memnuniyeti üzerine etkisi yeterince araştırılmamış doktor imajının ortaya konulması ve sağlık hizmet sunucularının hizmet kalitesi düzeylerinin ölçülmesi literatür ve uygulama açısından oldukça önemli bir durum olarak düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmet kalitesinin ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerinde etkisini ortaya koymaktır. Bu doğrultuda öncelikle sağlık hizmet kalitesi ile ilgili kavramlar ve boyutlar ele alınmıştır. Literatürde geliştirilen ölçeklerle hastaların sağlık hizmet sunucularından almış oldukları hizmet algıları ortaya konulmuştur. Daha sonra doktorların toplum içerisindeki algılanan imajı ölçülmüştür. Son olarak sağlık hizmet kalitesinin ve algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisi incelenmiştir.

Bu araştırmanın evrenini Bolu ve Düzce illerinde sunulan sağlık hizmetlerinden son bir yıl içerisinde en az bir defa yararlanmış kişiler oluşturmaktadır. Bu kapsamda 559 kişiye anket uygulanmıştır. Nicel yöntemler kullanılarak elde edilen verilere faktör, korelasyon, regresyon ve farklılık analizleri uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, sağlık hizmet kalitesi ile ilgili dört boyut, algılanan doktor imajı ile ilgili beş boyut ve müşteri memnuniyeti ile ilgili iki boyut ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmet kalitesinin ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerine etkisini incelemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyetini etkilediği ortaya çıkmıştır. Ayrıca, sağlık hizmet kalitesi ile algılanan doktor imajı arasında da anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu analizlerin dışında, demografik özellikler ile sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti arasında anlamlı farklılıkların olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Hizmet Kalitesi, Doktor İmajı, Hasta Memnuniyeti.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF SERVICE QUALITY IN HEALTH CARE AND PERCIEVED DOCTOR IMAGE ON THE PATIENT SATISFACTION

Yusuf ÖCEL

Ph.D. Thesis

Department of Business

Supervisor: Prof. Dr. Kahraman CATI

May, 2016

The factors which are affecting customer satisfaction are increasing and becoming more complex, day by day. Its necessary to make a set of changes and innovations in health cares because of the reasons like techonologic innovations, competition, increasing level of welfare, knowledge of health literacy, emergence of more complex diseases and changing needs and demands of customers. Healthcare service providers should pay attention to the voice of customers and society, in order to survive, to make profits and gain competitive advantage. Increasing satisfaction levels of consumers and making necessary arrangements about this, can be possible by measuring the quality of healthcare services and creating a positive image of doctors, who are indispensable human resources of all healthcare service providers, in the mind of the whole society. Thus, it is necessary to reveal the doctors image which is insufficiently studied in the related literature in terms of its effects on patient satisfaction, and to monitor the change in the service quality of healthcare providers.

The aim of this study is to determine the effects of healthcare service quality and percieved doctor image on customer satisfaction. Within this aim, healthcare service quality, its dimensions, related concepts and quality perceptions of patients who used the service provide from the healthcare service were examined. Later, the doctor image in the society was evaluated from the perspective of healthcare customers who have been benefitted from the healthcare services. Finally, the effects of the perception of doctor image in the society and healthcare service quality on patient satisfaction were examined.

Bolu and Duzce cities are taken as the research population of this research and the survey is implemented to the people who have been benefitted from the healthcare system in the last year. A total of 599 questionnaires are applied during the field research. Five different dimensions of doctor image have been revealed as the analysis' result of the data gathered by totally quantitative methods. Also, four different factors of healthcare service quality are exposed as a result of the related analysis. A Multiple linear regression analysis is conducted in order to examine the effects of these four factors on customer satisfaction. Consequently, it is revealed that the variables of healthcare service quality and perceived doctor image affect the variable of customer satisfaction. Moreover, as a result of the correlation analysis conducted, a relationship between the variables is exposed. Apart from these analyses, it is determined that there are significant differences in between the perceptions of healthcare service quality, doctor image and customer satisfaction in terms of the demographics.

Key Words: Quality of Health Care, Image of Doctor, Patient Satisfaction.

İTHAF

**Vatanımızı, mukaddesatımızı, bayrağımızı ve ezanımızı korumak
pahasına canlarını feda eden Mehmetçiklerimize!**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	3
YEMİN METNİ.....	4
ÖNSÖZ	5
ÖZET.....	6
ABSTRACT.....	8
İTHAF	10
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	15
TABLolar DİZİNİ	16

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1. Giriş.....	18
1.1. Araştırmanın Problemi.....	20
1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi.....	21
1.3. Araştırmanın Amacı	23
1.4. Araştırmanın Önemi.....	23
1.5. Araştırmanın Sayıtları.....	24

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Hizmet ve Hizmet Kalitesi Kavramları.....	25
2.1.1. Hizmet Kavramı	25
2.1.1.1. Hizmetin Özellikleri.....	27
2.1.1.1.1. Soyutluk	27
2.1.1.1.2. Eş Zamanlılık	28
2.1.1.1.3. Değişkenlik (Heterojenlik).....	29
2.1.1.1.4. Stoklanamama	30
2.1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	31
2.1.2. Kalite Kavramı	34
2.1.3. Kalitenin Boyutları.....	35
2.1.4. Hizmet Kalitesi.....	37
2.1.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları	41
2.2. Sağlık Hizmetleri ve Kalite	44
2.2.1. Sağlık Hizmetleri	44

2.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	46
2.2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	49
2.2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	50
2.2.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	51
2.2.1.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	51
2.2.1.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	51
2.2.1.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	52
2.2.1.2.3. Rehabilitasyon (İyileştirme) Hizmetleri	52
2.2.1.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri	52
2.2.1.3. Araştırmanın Uygulandığı Bölgede Sağlık Hizmet Kuruluşları	53
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Boyutları	56
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı ve Müşteri Memnuniyeti	60
2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı	60
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti	61
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	66
2.4. Müşteri (Hasta)- Doktor İletişimi ve Doktor İmajı	70
2.4.1. Müşteri (Hasta)- Doktor İletişimi	70
2.4.2. Doktor İmajı	73

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN GELİŞİMİ

3.1. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı Arasındaki İlişki	77
3.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi	79
3.3. Algılanan Doktor İmajının Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi	81

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ALGILANAN DOKTOR İMAJININ HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Konusu	83
4.2. Araştırmanın Önemi	84
4.3. Araştırmanın Kapsamı	85
4.4. Araştırmanın Amacı ve Modeli	85
4.5. Araştırmanın Hipotezleri	86

4.5.1. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı Arasındaki İlişkiye Yönelik Hipotezler	88
4.5.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerindeki Etkisine İlişkin Hipotezler	88
4.5.3. Algılanan Doktor İmajının Müşteri Memnuniyeti Üzerindeki Etkisine Yönelik Hipotezler	89
4.5.4. Demografik Özellikler ile Değişkenler Arasındaki Hipotezler.....	90
4.6. Araştırmanın Yöntemi ve Kullanılan Ölçekler	91
4.6.1. Sağlık Hizmet Kalitesi Ölçeği.....	93
4.6.2. Algılanan Doktor İmajı Ölçeği.....	95
4.7. Veri Seti Analiz Kriterleri	95
4.7.1. Açıklayıcı Faktör Analizi için Kriterler	95
4.7.2. Farklılık Analizleri için Kriterler	97
4.7.3. Korelasyon Analizi için Kriterler.....	97
4.7.4. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi için Kriterler.....	99
4.8. Evren ve Örnekleme.....	100
4.9. Araştırma Verilerinin Toplanması	100
4.10. Araştırma Verilerinin Analizi	101

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

5.1. Demografik Bulgular	102
5.2. İyi Doktor Tanımlamasında Tüketici Beklentisi.....	104
5.3. Faktör Analizlerine İlişkin Bulgular	105
5.3.1. Sağlık Hizmet Kalitesi Faktör Analizi	105
5.3.2. Algılanan Doktor İmajı Faktör Analizi	108
5.3.3. Müşteri Memnuniyeti Faktör Analizi.....	111
5.4. Araştırma Verilerinin Güvenilirliği	112
5.5. Sağlık Hizmet Kalitesi, Algılanan Doktor İmajı ve Müşteri Memnuniyeti Boyutları ile İlgili Betimleyici İstatistikler	113
5.6. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı ile İlgili Korelasyon Analiz Sonuçları	114

5.7. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri.....	115
5.7.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi	116
5.7.2. Algılanan Doktor İmajının Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi	119
5.8. Farklılık Analizlerine İlişkin Bulgular	122
5.8.1. Cinsiyet	122
5.8.2. Yaş	123
5.8.3. Eğitim.....	124
5.8.4. Meslek.....	126
5.8.5. Medeni Durum	128
5.8.6 Gelir	130
5.8.7. Son Bir Yıl İçerisinde Hastaneye Başvuru Sayısı.....	131
5.8.8. Sağlık Güvencesi.....	132
5.8.9. Genel Olarak Tercih Edilen Hastane.....	134
5.8.10. Yaşanan İl.....	135
5.8.7. Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları	136

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇLAR

6.1. Betimleyici Sonuçlar	138
6.2. Keşifsel Sonuçlar	139

YEDİNCİ BÖLÜM

ÖNERİLER

7.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler	145
7.1.1. İyi Doktor Beklentisi ile İlgili Öneriler.....	145
7.1.2. Sağlık Hizmet Kalitesi ile İlgili Öneriler	146
7.1.3. Algılanan Doktor İmajı ile İlgili Öneriler	146
7.2. Literatüre Yönelik Öneriler	148
Kaynakça.....	150
Ek 1: Özgeçmiş	167

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Hizmetin Özellikleri.....	27
Şekil 2.2. Somut Mallardan Soyut Hizmetlere Ürün	33
Şekil 2.3. Hizmet Kalitesi Modeli.....	39
Şekil 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Bu Hizmetleri Sunan İşletmeler.....	50
Şekil 2.5. Amerikan Müşteri Memnuniyeti Ölçme Endeksi (Acı).....	64
Şekil 4. Araştırma Modeli	86



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Hizmeti Kavramına Yönelik Yapılan Bazı Tanımlamalar	26
Tablo 2.2. Hizmet Süreçlerinin Sınıflandırılması	32
Tablo 2.3. Bolu ve Düzce İllerinde Bulunan Sağlık Kuruluşları	55
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	93
Tablo 5.1. Demografik Bulgular	102
Tablo 5.2. Tüketicilerin İyi Doktor Tanımlaması ile İlgili Beklenti Ortalamaları.	104
Tablo 5.3. Sağlık Hizmet Kalitesi Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	106
Tablo 5.4. Algılanan Doktor İmajı Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	108
Tablo 5.5. Müşteri Memnuniyeti Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	111
Tablo 5.6. Güvenilirlik Testi.....	112
Tablo 5.7. Faktörler ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler.....	113
Tablo 5.8. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı Alt Boyutları ile İlgili Korelasyon Analizi.....	114
Tablo 5.9. Sağlık Hizmet Kalitesi-Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	116
Tablo 5.10. Sağlık Hizmet Kalitesi-Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	118
Tablo 5.11. Algılanan Doktor İmajı- Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	119
Tablo 5.12. Algılanan Doktor İmajı- Doktor ve Diğer Yardımcı Personelden Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	121
Tablo 5.13. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları	122
Tablo 5.14. Katılımcıların Yaş Grupları Arasındaki Anova Analizi Sonuçları.....	123
Tablo 5.15. Katılımcıların Mezun Oldukları Okul Grupları Arasındaki Anova Analizi Sonuçları.....	125
Tablo 5.16. Katılımcıların Meslek Grupları Arasındaki Anova Analiz Sonuçları	127
Tablo 5.17. Katılımcıların Medeni Durum Grupları Arasındaki Anova Analiz Sonuçları	129
Tablo 5.18. Katılımcıların Gelir Grupları Arasındaki Anova Analiz Sonuçları	130
Tablo 5.19. Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Hastaneye Başvuru Sayısı Grupları Arasındaki Anova Analiz Sonuçları	132

Tablo 5.20. Katılımcıların Sağlık Güvencesi Grupları Arasındaki Anova Analiz Sonuçları	133
Tablo 5.21. Katılımcıların Genel Olarak Tercih Ettikleri Hastane Grupları Arasındaki Anova Analiz Sonuçları.....	134
Tablo 5.22. Katılımcıların Yaşadıkları İl Grupları Arasındaki T-Testi Sonuçları.	135
Tablo 5.23. Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları.....	137



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1. Giriş

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığının korunması, sağlık sorunlarının teşhis, tedavi ve bakımı için kamu ve özel kuruluşların vermiş olduğu hizmetlerdir. Bireyler için ertelenmesi mümkün olmayan sağlık hizmetleri, hata yapılması durumunda telafisinin neredeyse imkânsız olduğu sonuçlar doğurabilmektedir. Bu durum, insanların sağlık hizmetlerine karşı daha duyarlı yaklaşımlarına neden olmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinde kişinin ödeyeceği bedel, finansal boyutun çok ötesinde kendi sağlığıdır. Bu durum, sağlık hizmeti veren kuruluşların sunmuş oldukları hizmetlerde kalitenin ne kadar önemli olduğunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu sebepler sağlık kuruluşlarının hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini yükseltmelerini ve hastaların beklentilerini karşılama noktasında hassasiyet göstermelerini zorunlu kılmaktadır.

Dünya nüfusu 20. yüzyılın ortalarından bugüne kadar gittikçe yaşlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde daha fazla yaşlı nüfus varken gelişmekte olan ülkelerde de nüfus yaşlanmaya başlamıştır. Özellikle Asya ve Latin Amerika'da doğurganlık hızlı bir şekilde düşmektedir. 1990 yılında 60 yaş ve üzeri nüfus oranı dünyada %9,2 iken 2013'te %11,7'ye yükselmiştir. 2050 yılında ise beklenen yaşlılık oranı %21,1'dir. Yani 2013 yılında 841 milyon olan yaşlı nüfusun 2050 yılında 2 milyardan fazla olması beklenmektedir (Satsanguan ve diğ., 2015). Türkiye'de ise TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre 2013 yılında 60 yaş ve üzeri nüfusun 8 milyon olduğu ve 2050 yılında 25 milyon seviyesinde olacağı tahmin edilmektedir. Bu durumda yaşlılığa bağlı fonksiyonel özürsüzlük, bakıma muhtaç ve kronik hastalıkların daha uzun tedavi edilmesi sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Ayrıca bu araştırmanın yapıldığı Bolu ve Düzce illerinde de nüfus artış hızı ve nüfus yoğunluğu artmaktadır (TÜİK). 2007 yılında 590 bin civarında olan nüfus yoğunluğu, 2015 yılında 650 bin olmuştur. Dolayısıyla nüfusla beraber sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın da artması göz önüne alındığında sağlık kuruluşlarının, güvenli ve kaliteli bir hizmet sunabilmelerine olanak sağlayan fırsatlar geliştirmeleri

gerektiği söylenebilir. Bu zorunluluğun yanı sıra sunulan kaliteli hizmetlerin müşteri memnuniyetine pozitif yönlü etki edeceği kolayca öngörülebilir bir durumdur.

Sağlık kurumlarında hastaların zihninde oluşan hizmet algısını şekillendiren ve dolayısıyla müşteri memnuniyetini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Literatürde bu faktörler; hasta-çalışan ilişkisi, etkileşimi ve iletişimi, hastaya karşı yaklaşım, davranış ve doktorun hastayı bilgilendirmesi (Buller ve Buller, 1987; Esatoğlu, 1997), sağlık hizmet kalitesi, fiziksel ve çevresel koşullar, ücret, destekleyici hizmetler (Özer ve Çakıl, 2007), hastaların demografik özellikleri, hastalığın özellikleri, hizmet kalitesi ve kurumsal imaj (Aktaran: Derin ve Demirel, 2011) gibi birçok değişkenle ifade edilmektedir.

Diğer taraftan hizmet sektöründe üretim ve tüketimin eş zamanlı olması çalışan davranışlarının önemini arttırmaktadır. Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetinin ana merkezi konumunda olan doktorların hastalara karşı davranışlarının oldukça kritik bir faktör olduğu savunulabilir. Çünkü doktorların davranışı, insanların zihninde güçlü bir imaj oluşturabilmektedir. Oluşan bu güçlü imajın ise sağlık hizmetinin kalitesinin yanında müşteri memnuniyetine pozitif yönlü yansımalarının olacağı düşünölmektedir.

Sağlık hizmetinin en fazla sunulduğu kamu kurumlarında müşteri memnuniyetini gerçekleştirmek için çalışanların mükemmel hizmet sunmak konusunda desteklenmesi, altyapıların ve sistemlerin hizmet verilmesini desteklediğinden ve engellemediğinden emin olunması gerekmektedir. Ayrıca müşteri ilişkileri sistemleri üzerinde durulması ya da geliştirilmesine, toplam kalite yönetiminin faydalarının keşfedilmesine, müşterilerin beklenti ve memnuniyet düzeylerinin izlenmesi ve takip edilmesine önem verilmelidir (Kotler ve Lee, 2007).

Bu araştırmada, sağlık kurumlarında müşteri memnuniyetini etkileyen iki değişken üzerinde durulmuştur. Bunlardan birincisi, sağlık kuruluşunda sunulan hizmetlerin kalitesidir. Hizmet kalitesi, müşterinin (hastanın) almış olduğu sağlık hizmetlerine yönelik algısını ifade etmektedir. Literatürde sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerinde etkili olduğunu ortaya koyan birçok araştırma bulunmaktadır (Gölmez, 2005; İzci ve Saydan, 2013). Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyetini etkileyen ikincisi değişken ise müşteriler tarafından algılanan

doktor imajıdır. Doktor, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda fiziksel, teknik ve diğer unsurların da ötesinde sağlık hizmetinin ortaya çıkmasını sağlayan en önemli aktördür. Doktor, sağlık hizmeti satın alan müşteriye tanı, teşhis ve tedavi uygulama noktasında hastayı dinleyen ve daha önemlisi hastayı bilgilendiren kişidir. Bu kapsamda, doktorun hastaya yaklaşımı, hastanın almış olduğu hizmetin kalitesine yönelik algısında önemli bir etkindir. Literatürde algılanan doktor imajına ilişkin yapılmış çalışmalar bulunmakla birlikte (Özdemir, 2006; Fochsen ve diğer., 2006; Söylet ve diğer., 2011) algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti etkisine yönelik kapsamlı araştırmalara ulaşılamamıştır.

Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerinde etkisini ortaya koymaktır. Bu amaç kapsamında, araştırmanın literatür kısmında hizmet ve hizmet kalitesi kavramları, sağlık hizmetlerinde kalite, hasta-doktor ilişkisi, doktor imajı ve sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti konuları incelenmiştir. Araştırmanın yöntem bölümünde araştırma modeli ve hipotezlerine, evren ve örnekleme, veri toplama tekniğine, veri toplama araçlarına ve veri analiz tekniklerine yer verilmiştir. Araştırmanın bulguları kısmında veri analizi sonuçları değerlendirilmiştir. Sonuçlar kısmında ise araştırmada elde edilen bulgular literatürdeki bulgularla karşılaştırılarak araştırma sonuçları betimsel ve keşifsel olarak ifade edilmiştir. Son olarak uygulamaya ve literatüre yönelik önerilerde bulunulmuştur.

1.1. Araştırmanın Problemi

Araştırmanın problem alanının belirlenmesi için hizmet kalitesi, sağlık hizmetleri, imaj ve müşteri memnuniyeti konularında yerli ve yabancı kitaplar, ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış makaleler sistematik bir şekilde incelenmiştir. Özellikle günümüze yakın tarihlerde oluşturulmuş yayınlar daha fazla irdelenmiştir. Fakat sağlık hizmet kalitesi ölçümüyle ilgili yapılan çalışmalar 1980’li yıllara kadar dayanmaktadır. Bu konuda hala geçerliliğini koruyan ölçekler incelenmiştir. Algılanan doktor imajı ile ilgili yapılan çalışmalar sağlık hizmet kalitesine göre daha güncel çalışmalardır. Bu sebeple algılanan doktor imajının belirlenmesinin ve müşteri memnuniyetine etkisinin incelenmesi önemli olduğu düşünölmektedir.

Konuya ilişkin ön değerlendirme yapıldıktan sonra araştırmacı ve alanında uzman 3 akademisyen ile kapsamlı bir değerlendirme yapılmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın problemleri temel ve alt problemler olarak aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmanın ana problemleri;

- “Sağlık hizmet kalitesi, müşteri memnuniyetini etkilemekte midir? Nasıl?”
- “Algılanan doktor imajı, müşteri memnuniyetini etkilemekte midir? Nasıl?”
- Araştırmanın alt problemleri;
- “Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı arasında bir ilişki var mıdır? Nasıl?”
- “Katılımcıların demografik özelliklerine bağlı olarak sağlık hizmet kalitesinin, algılanan doktor imajının ve müşteri memnuniyetinin algılanmasındaki farklılıklar nelerdir? Nasıl?”

Araştırmanın problemlerinin belirlenmesinden sonra bu problemlerin çözümüne yönelik metod ve süreç geliştirilmiştir. Bu doğrultuda sorun çözme metodu olarak betimsel ve keşfedici bir yöntem kullanımı tercih edilmiştir. Araştırmanın problemlerinin çözümü sürecinde ise ilk olarak değişkenler tanımlanarak kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Anket yöntemiyle tüketicilerin düşünceleri analitik bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Daha sonra problemlerin sonuçları üzerinde tartışma yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Hizmet kalitesi ile ilgili literatürdeki yazınlara bakıldığında farklı çalışmaların olduğu görülmektedir. Gronroos ile başlayıp Parasuraman ve arkadaşlarıyla devam eden hizmet kalitesi çalışmaları günümüze kadar birçok hizmet sektöründe uygulanmıştır. Yiyecek-içecek sektöründen ulaşım sektörüne, sağlık hizmet sektöründen turizm sektörüne birçok alanda yapılan çalışmalarda uygulanan yöntem, metod, ölçek, analiz ve sonuçlar farklılık göstermektedir. Geçmişten günümüze yapılan bu çalışmalarda hizmet veya sağlık hizmet kalitesinin ölçümüyle ilgili tam bir bütünlük sağlandığı söylenemez. Her bir çalışmanın diğer bir çalışmaya göre üstün olduğu veya eksik kaldığı yönler olabilmektedir. Fakat yapılan çalışmalar içerisinde

hizmet kalitesi adına en fazla kabul gören çalışma Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin (1985) ortaya koyduğu çalışmalarıdır. Bu araştırmacılar SERQUAL ölçeğini geliştirip hizmet sektörüne başarılı bir şekilde uygulamışlardır.

Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde ise, sağlık işletmesi müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Babakus ve Mangold 1992; Anderson ve Zwellling 1996; Lim ve Tang 2000; Conway ve Willcocks, 1997). Bu çalışmada da SERQUAL ölçeğinden hareketle Cronin ve Taylor'un oluşturduğu SERPERF ölçeği kullanılmıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmet kalitesi ile ilgili yapılan araştırmalarda değişkenlerin incelenme ve yorumlanma şekli yürütülen bu araştırmada da benzer şekilde yansıtılmaktadır.

Literatürde doktorların davranışları ile ilgili yazınlara bakıldığında sağlık hizmet kalitesine göre daha güncel araştırmaların olduğu görülmektedir. Fakat yapılan araştırmalarda daha çok doktor davranışları ve imajları ile ilgili durum analizi yapılmıştır. Yani doktorların ve hastaların etkileşim içerisinde sergiledikleri davranış şekilleri ortaya konulmuştur. Tüketicilerin zihninde oluşan doktor imajının müşteri memnuniyetine etkisini ortaya koyan herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda literatürdeki bu boşluğu doldurmak önem arz etmektedir. Algılanan doktor imajının araştırıldığı çalışmalarda ulusal anlamda sınırlıdır. Yürütülen bu çalışmada yerli ve yabancı araştırmalardan hareketle algılanan doktor imajı ve davranışları ile ilgili ifadeler bir araya getirilerek değerlendirilmiştir. Hatta kurumsal ve mesleki imaj çalışmaları da yürütülen bu çalışma kapsamında incelenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti ile ilgili literatürde birçok çalışmaya rastlamak mümkündür. Özellikle sağlık hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti ilişkisini araştıran çalışmalar oldukça fazladır. Literatürde bulunan bu çalışmalar sınıflandırılarak memnuniyetin ölçümü için genel bir yol oluşturulmaktadır. Genel olarak literatürde müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler; güven, bürokrasi, ücret, doktorun hastayı bilgilendirmesi, hasta-doktor ilişkisi, hasta-hemşire ilişkisi, hasta-diğer yardımcı personel ilişkisi, fiziksel ve çevresel koşullar, destek hizmetleri şeklindedir. Müşteri memnuniyetini bu kadar değişkenle ölçebilmek kolay değildir. Yürütülen bu çalışmada literatürdeki araştırmalardan hareketle inceleme ve

değerlendirme yapılmıştır. Bu doğrultuda literatürdeki çalışmalara benzer düşünceler yansıtılmaktadır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerinde etkisinin olup olmadığını ortaya koymaktır. Bununla birlikte, araştırmada sağlık hizmet kalitesi ile algılanan doktor imajı arasında ilişki incelenecektir. Araştırmada ulaşılmak istenen diğer alt amaçlar ise;

- Bolu ve Düzce illerinde sağlık hizmet kurumları tarafından verilen hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek,
- Sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti konularında Bolu ve Düzce illeri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını ortaya çıkarmak,
- Sağlık hizmet sektöründe müşteri memnuniyetini yükseltmek için gerekli olan düzenlemeleri ortaya koymak,
- Olumlu ve olumsuz algılanan doktor imajının yansımalarının ortaya çıkarılmasıyla sağlık hizmet sunucularında doktorların sergileyecekleri davranışlara ışık tutmak,
- Katılımcıların demografik özellikleri ile sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyetine yönelik düşünceleri arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını ortaya çıkarmaktır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, Bolu ve Düzce illerinde sağlık hizmet kalitesinin ve doktor davranışlarının ortaya çıkarılması noktasında önemlidir. Bununla birlikte, günümüzde gelişen ve değişen nedenlerden ötürü sağlık işletmelerinin ve doktorların dikkat etmeleri gereken noktaların ortaya konulması hususunda da önem taşımaktadır. Bu araştırma, doktorlara ve sağlık kurumları çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı günümüzde, yaşanan olaylarda hastaların ve hasta yakınlarının doktorlara karşı sahip oldukları algıyı, dolayısıyla onlara yönelik eylemlerdeki fikri alt yapıyı ortaya koyma noktasında önem taşımaktadır. Diğer taraftan Bolu ve Düzce illeri uzun yıllardır sağlık alanında yapılan çalışmalara pilot bölge olarak seçildiği için bu illerden çıkan

sonuçların yol gösterici olduğu düşüncesini araştırmanın önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca araştırmada Bolu ve Düzce illerinin seçilmesinde etkili olan diğer sebepler; iki ilde yaşayan insanların zaman zaman aynı sağlık tesislerini kullanmaları, geçmişte Düzce'nin Bolu'nun ilçesi konumunda olmasıdır.

1.5. Araştırmanın Sayıtları

Bu araştırmanın değişkenlere ve araştırma sürecine yönelik olmak üzere iki temel varsayımı bulunmaktadır. Değişkenlere ilişkin varsayım;

- Sağlık kurumlarında hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı ile müşteri memnuniyeti arasında bir ilişkinin bulunduğudur.

Araştırma sürecine ilişkin varsayımlar ise;

- Veri toplama sürecinde araştırmaya katılan bireylerin sorulara samimi bir şekilde yanıt verecekleri şeklindedir.
- Ayrıca Bolu ve Düzce illerinde yaşayan insanların sağlık hizmetleri açısından algılamalarının benzerlik gösterdiği varsayılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

Araştırma literatürünü oluşturan bu kısımda, hizmet ve kalite kavramları birlikte irdelenmiştir. Daha sonra sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinde kalite konularına yer verilmiştir. Ardından müşteri memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti konuları ele alınmıştır. Literatür taramasının son kısmında ise hizmet kalitesini ve müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler üzerinde durulmuş olup, hasta-doktor ilişkisi ve doktor imajı konusu incelenmiştir.

2.1. Hizmet ve Hizmet Kalitesi Kavramları

2.1.1. Hizmet Kavramı

Günümüzde ekonomik alanda hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Bu değişim sürecinin sonucu olarak üretim sektöründen hizmet sektörüne doğru bir kayma yaşanmaktadır (Parasuraman ve diğ., 1988). Parasuraman ve arkadaşlarının (1985) ile Zeithaml ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmalarda (1996) günümüzde hizmet sektörü içerisinde yer alsın ya da almasın herhangi bir iş kolunun başarıya ulaşması ve sürdürülebilir olmasının esas dayanağının hizmet ve kalite olduğunu belirtmişlerdir. Günümüz iş dünyasında tüm sektörler için önemi kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkan hizmetin tanımı konusunda kesin bir kanıya varılmış değildir. Yapılan tanımlamalarda hizmeti oluşturan unsurlara ve hizmetin özelliklerine yer verilerek hizmet kavramının açıklanmaya çalışıldığı görülmektedir.

Kotler ve arkadaşları (2008) hizmeti, bir kişi veya grubun başka bir kişi veya gruba sunulan herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan ve dokunulamayan, fiziksel bir ürüne bağlı olan veya olmayan eylem veya performans olarak tanımlamışlardır. Fiziksel ürünlerin daha çok ihtiyaçların tatminine odaklandığını, hizmetlerin ise daha çok sorun çözme odaklı olduğunu ifade eden Sevim ve arkadaşları (2008), Amerikan Pazarlama Birliği'nin yapmış olduğu tanımı şu şekilde aktarmışlardır: "Hizmet, bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan eylemlerdir". Hizmet kavramını tanımlamaya yönelik yapılmış birçok açıklama mevcuttur. Tablo 2.1'de hizmet kavramına yönelik yapılan tanımlamalar sunulmuştur.

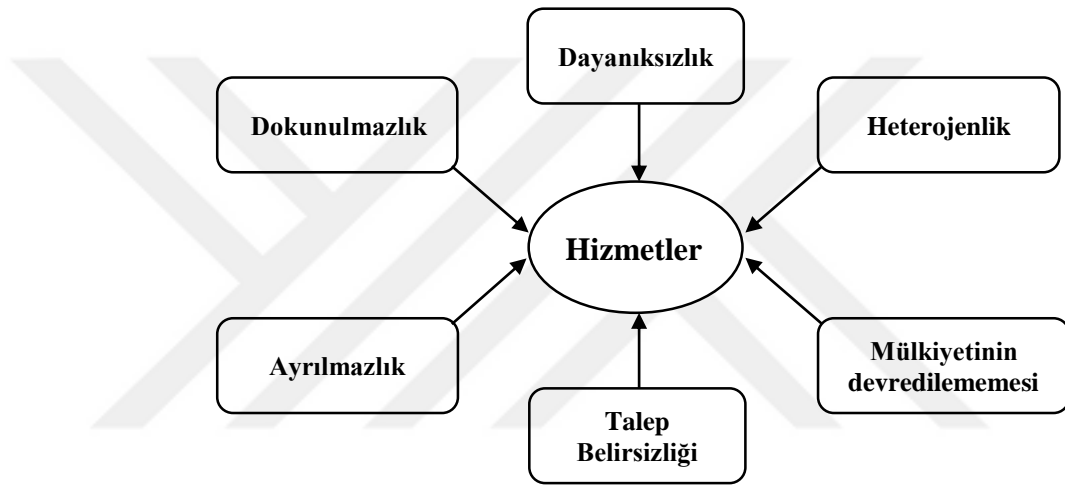
Tablo 2.1. Hizmeti Kavramına Yönelik Yapılan Bazı Tanımlamalar

Grönses, 1990	Hizmet, tüketicilere tatmin sağlayan ve bu faydanın tüketici için bir değeri olan ve bireylerin kendilerinin yapamayacağı ya da yapmayı tercih etmedikleri ekonomik nitelikli faaliyetlerdir.
Skinner, 1990	Kişi ve makinelerin insan ve araç gayretiyle ortaya çıkardığı, müşterilere doğrudan fayda sağlayan, fiziksel varlığı olmayan uğraşlardır.
Grönroos, 1990	Dokunulmaz bir yapısı olan ayrıca müşteri, çalışan ve fiziksel kaynaklar ile birlikte etkileşim içerisinde oluşan müşterilerin istek, ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilen faaliyetlerdir.
Kuriloff ve diğ., 1993	Tüketici ihtiyaçlarının karşılanması için meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür.
Gülmez ve Dörtyol, 2009	Tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını tatmin etmek üzere üretilen, depolanamayan, üretildiği anda tüketilen ve heterojen özelliklere sahip etkinlikler bütünüdür.
İslamoğlu ve diğ., 2011	Tüketicilerin yaşantılarından kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözen ya da çözümünü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ve faydalar toplamıdır.
Kotler ve Keller, 2012	Bir grubun veya kişinin başka bir gruba veya kişiye mülkiyet sonucu doğurmayan soyut bir şey sunabildiği bir eylem veya performanstır.

Hizmete yönelik yapılan tanımlamalar incelendiğinde hizmetin soyut bir ürün olduğunu, her tüketici için değişebileceği anlamına gelen heterojen olduğunu (standartlaştırılmasının zor olması), fiziksel ürünler gibi depolanmadığını ve üretim ve tüketimin eşzamanlı olduğu açık bir şekilde görülmektedir. Bu tanımlamalar ışığında, hizmet kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için sahip olduğu özelliklerin açıklanması gerekmektedir.

2.1.1.1. Hizmetin Özellikleri

Hizmetler kendilerine özgü bir takım özelliklere sahiptirler. Bu özellikler, hizmetleri mallardan farklılaştırmakla birlikte onların geliştirilmesine, dağıtılmasına, fiyatlandırılmasına ve tutundurulmasına yönelik çalışmaları da farklılaştırmaktadır. Amstrong ve Kotler (2003) hizmetin özelliklerini altı başlık altında toplamışlardır. Bunlar; dokunulmazlık, dayanıksızlık, heterojenlik, ayrılmazlık, talep belirsizliği ve mülkiyetin devredilememesidir. Şekil 2.1’de Amstrong ve Kotler’in hizmetin özelliklerine ilişkin yapmış olduğu sınıflandırma gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Hizmetin Özellikleri

Parasuraman ve arkadaşları (1985) ise hizmetin doğal yapısından kaynaklanan dört temel farklılığın olduğunu ortaya koymuşlardır. Bunlar; soyutluk, eş zamanlılık, değişkenlik ve stoklanamamadır. Aşağıda bu özelliklerin detaylı açıklaması yapılmaktadır.

2.1.1.1.1. Soyutluk

Hizmeti fiziksel mallardan farklı kılan en önemli özellik soyutluktur (Levitt, 1981). Hizmetin soyut olma özelliği hemen hemen tüm yeni hizmet tanımlarında bulunmaktadır ve soyutluk özelliğinin hizmetin en temel özelliklerinden biri olduğu görülmektedir (Zeithaml ve Bitner, 2000). Hizmetlerin soyut olma özelliğine ilişkin olarak farklı görüşlere de yer verilmektedir. Hizmetlerin soyut olması demek üreticiler için hizmeti tanımlamanın, tüketiciler açısından ise hizmeti satın almanın avantajlı olup olmadığına karar vermenin zor olması demektir. Bu nedenle, tüketiciler

çoğunlukla ulaşılabilirlik, imaj, iletişim, fiziksel ortam ve ağızdan ağza duyurum gibi belirtiler üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Dolayısıyla, hizmetlerin satın alma kararlarında soyut özellikler, somut ürün özelliklerine kıyasla daha önemlidir. Bu durum, işletmelerin neyi vaat etmişlerse ona sadık kalmaları konusundaki sorumluluklarını arttırmaktadır (Ghobadian ve diğ., 1994).

Hizmetlerin soyutluk özelliği pazarlama ve reklam çalışmalarının yapılmasını da güçleştirmektedir. Hizmetlere yönelik pazarlama ve reklam çalışmaları ancak fiziksel öğeler kullanılarak yapılabilmektedir. Çünkü hizmetler satın alma öncesinde görülemez, işitilemez, elle tutulamaz, test edilemez, koklanamaz ve hissedilemezler. Bu sebeple tüketiciler hizmet satın alırken sunulan hizmetin kalitesi ve özellikleri hakkında bilgi sahibi olabilmek için hizmetin kalitesine işaret edebilecek somut göstergelere bakarak bilgi sahibi olmaktadır (Altunışık, 2009). Hizmetin soyut olma özelliği, tüketicilerin ya da yakınlarının daha önceki deneyimlerinin, tavsiyelerinin, tanıtım ve reklamların etkisinin artmasıyla birlikte (İçöz, 2001) hizmetin sunulduğu ortamın fiziksel özellikleri, hizmet üretimindeki araç ve gereçler ve iş görenlerin performansı önemli görülmektedir (Kozak, 2006). Çünkü işletmelerin tüketicinin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiklerini ve hizmetleri nasıl algıladıklarını anlamaları zordur (Zeithaml, 1981).

Hizmetler kullanılmadan önce kullananların deneyimlerinden, ağızdan ağza iletişim sonucu oluşan referanslardan etkilenmektedir (Parasuraman ve diğ. 1985). Bu durumda işletmeler özellikle on-line iletişim ortamlarında müşterilerin ürünler ile ilgili yapmış oldukları eleştirileri takip etmeli ve yönlendirebilmelidir.

2.1.1.1.2. Eş Zamanlılık

Hizmetin bir diğer özelliği üretim ve tüketiminin eş zamanlı olmasıdır (Schwartz, 1992). Mallar ilk önce üretilmekte daha sonra satılmaktadırlar. Hizmetler ise önce satılmakta ve daha sonra tüketimle eş zamanlı olarak üretilmektedirler. Hizmetlerin birçoğunun üretiminde (saç tıraşı, uçak yolculuğu, sağlık hizmetleri vs.) tüketiciler, üretim sürecinde hazır bulunmak durumundadırlar (Zeithaml ve diğ., 1985). Mallar önce üretilir, sonra stoklanır, daha sonra satılır. Fakat hizmetler önce satılır. Üretilmesi ve tüketilmesi eş zamanlıdır. Hizmetlerin eş zamanlı olması demek tüketicilerin üreticilerinden (ister insan olsun ister makine olsun) ayrılamaz olmasıdır

(Amstrong ve Kotler, 2003). Yani bir bakıma ayrılmazlık ilkesi, hizmet müşterisini, hizmet üretilmesi ile çok yakın ilişkiye ve birlikte bulunmaya adeta zorlamaktadır. Örneğin bir garson üç ayrı masaya yapması gereken servisi bir masaya yapıp, diğer masalara dağıtma şansı yoktur. Servis yapıldığı anda, servisin tüketildiği masada bulunmak hizmet sektörünün gerekliliğini oluşturmaktadır (Günaydın, 2014). Başka bir örnek verilecek olursa sağlık hizmetlerinde cerrahi müdahaleler için hasta ile birlikte doktor, ameliyat için gerekli materyaller, tıbbi malzemeler, yardımcı sağlık çalışanları vs. aynı anda ve aynı yerde bulunması gerekir.

Ayrılmazlık özelliği hizmetin üreticisi ile satıcısının aynı kişi olmasını sağlamaktadır; bu nedenle işletmelerde birçok insan aynı zamanda hem üretim hem de pazarlama çabası içindedir (Tek, 1997). Hizmet işletmelerinin devamlı olarak müşteri ile temas içinde olmaları, onların ihtiyaçlarını karşılama çabaları içine girmelerini ve onlara değişik fırsatlar sunmalarını gerektirmektedir. Bu nedenle işletmeler, standart hizmetler değil, tüketicilerin ihtiyaçlarına uygun esnek teklifler sunabilmelidirler (Günaydın, 2014).

2.1.1.1.3. Değişkenlik (Heterojenlik)

Heterojen olma, hizmetlerin performansındaki yüksek değişim potansiyeli ile ilgilidir. Hizmet kalitesini etkileyen çok sayıda kontrol edilemeyen faktör bulunmaktadır. Bu nedenle bir hizmetin niteliği ve kalitesi üreticiden üreticiye, tüketiciden tüketicie ve günden güne değişiklik gösterebilmektedir. Hizmet sektörü emek yoğun bir sektör olduğundan nihai ürün-hizmet kalitesi çalışanların performansına ve niteliğine önemli ölçüde bağlıdır (Zeithaml ve diğ., 1985).

Hizmet sektöründe çalışanların davranışlarının tutarlılığını sağlamak zordur (Booms ve Bitner 1981). Hizmet sektöründe hizmeti sunanlar ve hizmeti alanlar bakımından etkileşim söz konusu olduğundan çalışanların davranışları ve tüketicilerin algılayışları farklı olmaktadır. Standartlaşmanın zor olduğu hizmet sektöründe kişiye özel hizmet sunulabilmektedir. Hizmet üreticileri bu olumsuz durumu ortadan kaldırmak için çeşitli stratejiler uygulayabilirler (Doyle, 2004); bu stratejilerden birincisi, personel seçimini dikkatli yapmak, seçilen personeli motive ederek verimliliğini arttırmak, personeli eğitime tabi tutmaktır.

İkinci strateji ise, hizmeti otomasyonel hale getirmektir. Yani hizmeti sunacak personeli ikame edebilecek makinelerin geliştirilmesi ve kullanılmasıdır. Bu stratejiler, standart davranışlar izleme ve ani taleplerle başa çıkma konusunda daha başarılıdırlar. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde tedavi protokollerinin düzenlenmesi, tıbbi cihazlarla desteklenmesi, otomasyon sistemlerinin kullanılması gibi uygulamalarla kısmi olarak standartlaştırma yapılabilir. Bu şekilde üretici tarafından ortaya çıkacak hatalar ortadan kaldırılmaya veya en düşük seviyeye çekilmeye çalışılır.

2.1.1.1.4. Stoklanamama

Hizmetlerin stoklanamama özelliği saklanılamaması, iade edilememesi ve yeniden satılamamasını ifade etmektedir (Wolak ve diğ., 1998). Hizmetlerin bir eylem, süreç ve performans olmasından dolayı depolanması, saklanması, tekrar satılması ve değiştirilmesi olası değildir. Bu özellik esas itibarı ile soyutluktan kaynaklanmaktadır (Kozak, 2006). Örneğin; satılamayan bir otel odası, bir uçak koltuğu, bir kurvaziyer kabini, mallar gibi tekrar satılmak için saklanamaz ve depolanamazlar (Kozak, 2013).

Hizmet işletmelerinin arz ve talebi aynı anda karşılaması çoğu zaman mümkün değildir. Bazen talep olduğundan fazla meydana gelir, bazen de çok düşük olur (Zeithaml ve diğ., 1985). Hizmet sektöründe talep düzenli olduğunda herhangi bir problem yaşanmamaktadır. Ancak talepte dalgalanmalar olduğunda işletmeler çözülmesi zor problemlerle karşılaşmaktadırlar (Amstrong ve Kotler, 2003). Hastanelerin afet, salgın gibi durumlarda talebi karşılama noktasında gerekli insan gücü, hizmet faaliyetleri, yatak sayısı vb. karşılayamayabilir. Ya da randevuya gelmeyen hasta için ayrılan zaman ve insan gücü kayba neden olabilir (Mucuk, 2004). Bazı doktorlar gelinmeyen randevular için hastalarından ücret talep etmektedir, çünkü boşa geçen randevu saati hizmet maliyetinin kaybına neden olmaktadır (Kotler ve diğ., 2012).

Gummesson'e (1995) göre bankalar gibi hizmet sağlayan kurumlar oldukça standart hizmet verebilmektedirler. Burada kritik nokta hizmetin homojen olup olmamasına kimin karar verdiği ve kime göre homojen olup olmamasıdır (Zeithaml ve diğ., 2003).

Yukarıda sayılan dört özelliğin yanı sıra hizmetin özelliği olarak mülkiyetlerinin devredilememesi ve talep tahmininin zorluğu da eklenebilir. Mal satın alan bir tüketici bu ürünü bir başkasına devredebilir. Fakat hizmetin satın alınıp üçüncü bir kişiye devredilmesi mümkün değildir. Yeni bir ev satın alan tüketici bu evi daha sonra başkasına satabilir fakat kuaför hizmeti alan bir kişi bu hizmeti başka birisine devretmesi söz konusu olamaz. Aynı şekilde sağlık hizmetinde de mülkiyetin devredilmesi söz konusu değildir. Cerrahi bir operasyon hizmeti alan bir kişi bu hizmeti başkasına devredemez.

Diğer taraftan mallara ilişkin talep tahminleri yürütmek hizmet sektörüne göre daha kolaydır. Hizmetlerin kolayca ertelenebilirliği, fiyata ve zaman karşı duyarlı oluşu ve toplumsal koşullardan daha fazla etkilenişi taleplerin tahminini de zorlaştırmaktadır. Bu nedenle üretimlerini talebe göre planlamak hemen hemen imkânsızdır (İslamoğlu, 2011). Bu durum sağlık hizmetleri açısından düşünülecek olursa hangi hastalığın, hangi zamanda ve ne kadar büyüklükte ortaya çıkacağı belirsizdir. Zamana zaman Dünyada ve Türkiye’de salgın hastalıkların ortaya çıkması (kuş gribi, domuz gribi, kene vakaları vb.), doğal afetlerin baş göstermesi örnek gösterilebilir.

2.1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetler belirli ortak özelliklere sahip olmakla birlikte önemli farklılıklara da sahiptirler. Farklı hizmet sunan işletmelerin faaliyetlerinin analizi ve anlaşılması için yapılan farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Hizmetlere ilişkin bu sınıflandırmalar, hedef pazara göre, hizmet üreticisine göre, hizmet alıcısına göre yapılabilmektedir. Lovelock ve arkadaşları (2015) hizmetin sınıflandırılmasında dört boyutlu bir sürecin olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar:

- İnsan vücuduna yönelik somut (dokunulabilir) eylemler (insanla ilgili süreç); tüketiciler ihtiyaçları olan sağlık, fizik tedavi, kuaför vb. gibi hizmetleri almak için fiziksel olarak hazır bulunmak durumundadırlar.
- Fiziksel eşya ve mallara yönelik somut (dokunulabilir) eylemler (eşyayla ilgili süreç); tamir-bakım, kuru temizleme, yük taşıma vb. gibi fiziksel eşya gerektiren işlemlerde tüketicilerin bulunma zorunluluğu yoktur.

- İnsanların zihinlerine yönelik soyut (dokunulmaz) eylemler (zihinsel-uyarıcı süreç); bu sürece örnek olarak radyo ve TV yayınları, spor faaliyetleri, tiyatro, eğitim vb. gibi eylemler verilebilir. Tüketiciler bu süreçte zihinsel olarak hazır olmak durumundadırlar. Fakat mekânsal olarak uzakta veya hizmet tesisi içinde olabilirler.
- Soyut varlıklara yönelik soyut (dokunulmaz) eylemler (bilgi edinme süreci); sigortacılık, bankacılık, yatırım danışmanlığı, bilgisayar programları vb. gibi eylemler bu sürece örnek verilebilir. Bu hizmetler tüketici ile direk ilişkilidir. Fakat hizmet başlatıldıktan sonra tüketici hazır bulunmak zorunda olmayabilir.

Tablo 2.2’de Lovelock ve arkadaşları (2015) tarafından hizmet süreçlerinin sınıflandırılmasına ilişkin bilgiler gösterilmektedir.

Tablo 2.2. Hizmet Süreçlerinin Sınıflandırılması

	İnsan	Eşya
Somut (dokunulur) Eylemler	<i>İnsan Vücuduna Yönelik Hizmetler</i>	<i>Eşyaya yönelik Hizmetler</i>
	-Sağlık -Güzellik salonları -Fizik tedavi -Spor merkezleri -Kuaför	-Yük taşıma -Tamir ve bakım -Depolama ve stoklama -Çamaşır yıkama ve kuru temizleme -Bahçe düzenleme
Soyut (dokunulmaz) Eylemler	<i>İnsan Zihnine Yönelik Hizmetler</i>	<i>Soyut Varlıklara Yönelik Hizmetler</i>
	-Reklam ve halkla ilişkiler -Sanat ve eğlence -Yönetim danışmanlığı -Eğitim -Konserler -Din	-Muhasebe -Bankacılık ve sigorta -Bilgi işlem -Mühendislik -Yasal (hukuki) hizmetler

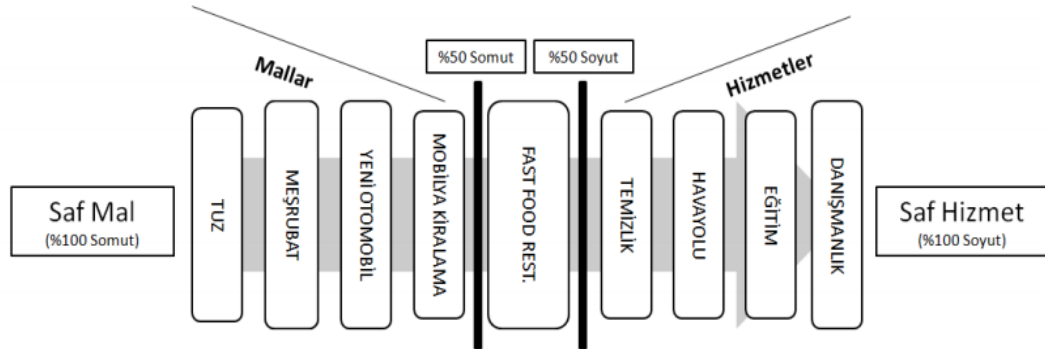
Amerikan Pazarlama Birliği ise hizmetleri 10 kategoriye göre sınıflandırmıştır (Kotler ve Armstrong, 2001). Bunlar:

- Sağlık hizmetleri,
- Finansal hizmetler,
- Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,

- Eğitim ve araştırma hizmetleri,
- Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- Telekomünikasyon hizmetleri,
- Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

Amerikan Pazarlama Birliğinin yapmış olduğu sınıflandırma tamamen sektörel anlamda yapılan sınıflandırmadır. Her sektörde uygulanan hizmet anlayışının farklı olması hem üretici hem de tüketici açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda her sektör için yapılacak uygulamalar farklılaşmaktadır.

Mal ve hizmetler arasındaki ilişkiyi somutluk ve soyutluk düzeyleri açısından inceleyen Üner (1994) ise mal ve hizmetlerin somutluk ve soyutluk düzeylerine göre farklı karışımlarını Şekil 2.2'deki gibi ifade etmişlerdir.



Şekil 2.2. Somut Mallardan Soyut Hizmetlere Ürün

Mal ve hizmetlerin arasındaki farkın anlaşılması açısından bakıldığında ürünlerdeki somutluk arttıkça hizmetin ortaya çıkmasındaki payının düştüğü ve ürünler soyutluğa yaklaştıkça değişiminin hizmete yaklaştığı görülmektedir. Tüketiciler fiziksel bir mal satın aldığı zaman kalitesini birçok somut ipuçları ile (biçim, dayanıklılık, renk, etiket, paket vb. gibi) beraber değerlendirebilmektedirler. Fakat hizmetler satın alındığında daha az elle tutulur ipuçları bulunmaktadır (Parasuraman ve diğ, 1985).

2.1.2. Kalite Kavramı

Günümüzde işletmeler tarafından stratejik bir öge ve tüketici tercihlerini belirleyen temel unsurlardan biri haline gelen kalite kavramı, sözlükte “Bir ürünün bilinen en iyi özellikleri bünyesinde taşıması durumu” olarak ifade edilmektedir. Medeniyet ortaya çıktığından beri var olan kalite, işletmeler için ikinci dünya savaşından bu yana artan rekabetle birlikte literatüre girmiş ve gelişmiştir (Mehta ve Bhardwaj, 1998). Kaizen kavramını ortaya koyan Masaaki Imai, kalite kavramını şu şekilde açıklamıştır:

“En genel anlamda kalite geliştirilebilecek her şey demektir. Kaliteden söz ederken ilk akla gelen, ürünün ya da hizmetin kalitesi olmaktadır. Kaizen stratejisi kapsamında incelenirse, hiçbir ürün veya hizmet, tasarlanmış olduğu seviyenin ilerisine geçemez. Burada, tasarımı yapan insan olduğuna göre, insanın kalitesi ile ilgilenilmelidir. İşi oluşturan üç yapı taşı; donanım, yazılım ve insan kaynaklarıdır. Ancak, insan faktörü yerine tam oturduktan sonra işin donanım ve yazılımla ilgili kısımları ele alınmalıdır. İnsanların içinde kaliteyi oluşturmak, Kaizen bilincini edinmelerine yardım etmektir” (Şimşek, 2004).

Japonya’da 1950’lerde kalite devrimi yapan ABD’li W. Edwards Deming (Deming, 1998) ise kaliteyi çeşitli boyutlarıyla ele alıp birkaç farklı tanım yapmıştır. Buna göre kalite, “işletmenin ürettiği ürün ve performansın, spesifikasyonlara uygun olmasıdır. Deming bir başka tanımında kaliteyi, tüketicinin, işletmelerin ürettiği mal ya da hizmet hakkındaki yargısı şeklinde ifade etmiştir. Juran (1962) ise kalitenin birçok anlama geldiğini ifade etmekle birlikte bunlardan öne çıkan yaklaşımın, kalitenin ürünün tüketicinin ihtiyaçlarını karşılama derecesi, yani tüketicinin kullanımına uygunluk olduğunu ifade etmiştir.

Kalite, ISO 9000 standartlarında “bir ürün veya hizmetin belirlenen ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerinin tümü” (Şimşek, 2004) şeklinde ifade edilirken ISO 9001:2000 standartlarında ise kalite mevcut ve var olan özelliklerin şartları karşılama derecesi olarak ifade edilmiştir (Pekel ve diğ., 2008).

Japon bilim adamı Kaoru Ishikawa (1991) kaliteyi “bir işletmenin mevcut üretim teknolojisini ve yeteneğini en iyi şekilde kullanarak, maliyet ve kullanım

amacına uygun şekilde müşterilerini tatmin etmesi şeklinde tanımlamıştır (Aktaran: Değermen, 2006).

Yukarıda geçen tanımlamalara bakıldığında kalite kavramının ürün özelliklerine, ihtiyaçları karşılama derecesine ve üreticinin özelliklerine bağlı olduğu görülmektedir. Sermayesi insan olan hizmet sektöründe de çalışanların performansı, davranışları, iletişimi ve motivasyonu bu doğrultuda önemlidir.

2.1.3. Kalitenin Boyutları

Kalite kavramının tanımlanmasında ortaya çıkan farklılıklar kalitenin öznel bir yargıyı ifade etmesinden kaynaklanmaktadır. Fakat bu öznel yargıyı şekillendiren ekonomik durumdan cinsiyete, modadan referans gruplarının trendlerine kadar uzanan birçok faktör bulunmaktadır. Araştırmacılar tüm bu faktörleri göz önünde bulundurarak bir ürünün kalitesini etkileyen önemli noktaları belirlemeye çalışmışlardır. Bu noktalar, kaliteli ürün ve hizmet sunmak isteyen işletmelerin tüketici algılarını yönlendirebilecekleri boyutlar olmaları açısından önem taşımaktadır.

Bu kapsamda, Kotler ve Armstrong (1994) kaliteyi performans kalitesi ve uygunluk kalitesi olmak üzere ikiye ayırarak tanımlamıştır. Performans kalitesi ürünün fonksiyonlarını yerine getirdiği düzeyi göstermektedir. Uygunluk kalitesi ise, ürün kalitesinin tasarım kalitesine ne kadar uyduğunu göstermektedir.

Rust ve Oliver'e (2004) göre kaliteyi üç farklı yaklaşımla açıklamak mümkündür. Bunlar felsefi yaklaşım, teknik yaklaşım ve kullanıcı tabanlı yaklaşımdır. Felsefi yaklaşımda kalite; "doğuştan mükemmellekle" (üstünlüğe ulaşma, çekiciliği başarma, faydalı olma) eş anlamlıdır. Bu yaklaşımda insanlar kaliteyi gördüğü zaman bilir fakat açıklayamaz. Teknik yaklaşımda ise kalite nesnel ve tam görünen bir somut olaydır. Bu yaklaşım ayrıca nesnel kalite, üretim tabanlı kalite ve uyum sağlanan kalite olarak da tanımlanmaktadır. Kullanıcı tabanlı yaklaşımda ise kalite kullanıcısı tarafından belirlenmiş bir üründür. Bu yaklaşıma göre kalite öznedir ve tüketicilerin bireysel algıları üzerine bağlıdır.

Grönroos (1984) kalite için "teknik kalite" ve "fonksiyonel kalite" olmak üzere iki temel özellik belirlemiştir. Teknik kalite, bir hizmetin göreceli olarak nicel yönlerine işaret etmektedir. Bu hem müşteriler hem de tedarikçiler tarafından kolayca

ölçülebilir bir özelliği ifade etmektedir. Örneğin, teknik kalite bir süpermarketin kasasındaki bekleme süresini gösterir. Fonksiyonel kalite objektif olarak ölçülemeyen kalite olarak ortaya çıkar. Sağlık hizmetlerinde müşterilerin hastaneye gelmeden önce başlayıp hastaneden çıktıktan sonrada devam eden süreçler içerisinde bir takım ölçülen ve ölçülemeyen öğelere rastlamak mümkündür. Muayene olmak için beklenen süre, fiziksel ortam, görünüm, ulaşılabilirlik, tıbbi malzeme kullanımı gibi somut öğeler teknik kaliteyi oluştururken; müşterilerin çalışanlarla aralarındaki ilişkiden meydana gelen bir takım olaylar, tedavi süreçleri, doktor davranışları, gibi dokunulamayan durumlarda fonksiyonel kaliteye örnek verilebilir.

Schroeder (1993) ise ister mal, ister hizmet üretimi söz konusu olsun kalite denince akla dört boyut geldiğini ve bu boyutların hepsi işletme faaliyetlerinin başarısında genellikle eşit düzeyde önem taşıdığını belirtmiştir. Bu boyutlar; tasarım kalitesi(üretim öncesi kalite), uygunluk kalitesi (ihtiyaca cevap verebilme), ürün özellikleri ve satış sonrası hizmetlerdir (alan hizmeti). Bu boyutlara bakıldığında Grönross'un iki temel boyutuna (teknik ve fonksiyonel) göre daha kapsamlı olduğu görülmektedir. Nitekim sağlık hizmetleri verilmeden önce tıbbi altyapı hizmetlerinin, destek hizmetlerinin ve klinik hizmetlerinin hazırlanmış olması gerekmektedir. Çünkü müşteriler sağlık hizmet sunucusuna gitmeden önce randevu sisteminin, on-line bilgilendirilme gibi bazı sistemlerin olması tasarım kalitesine örnek verilebilir. Bu durumda Schroeder'in kalite ile ilgili ortaya çıkardığı boyutlar daha kapsamlı olduğu görülmektedir. Özellikle satış sonrası hizmetlerin ortaya konulması sağlık hizmet sektöründe de önemli bir durumdur. Müşterilerin hastaneden ayrıldıktan sonrada doktorun veya yardımcı sağlık çalışanlarının kişiye ulaşip çift yönlü simetrik iletişimin kurulması işletme ve müşteri için önemlidir.

Kalitenin boyutlarına ilişkin yapılan farklı sınıflandırmalarda mevcuttur. Bu sınıflandırmaları da göz önünde bulundurarak kalitenin boyutlarının (Günaydın, 2014); uygunluk, güvenilirlik, dayanıklılık, estetik, servis kolaylığı, işlevsellik özellikleri, algı, imaj ve performans olduğu ifade edilmektedir. Yapılan bu farklı sınıflandırmalardan birisi Garvin'in (1987) ortaya çıkardığı sekiz boyuttur. Bu boyutlar;

- Performans: Ürün ya da hizmette bulunan birincil özelliktir. Örneğin çamaşır makinesinin yıkama işlemi veya televizyonun görüntü netliğidir.
- Özellik (Görünüş): Ürünün çekiciliğini sağlayan ana özelliklerdir.
- Güvenilirlik: Ürünün kullanım içinde performans özelliklerinin sürekliliğidir.
- Uygunluk: Ürünlerin spesifikasyonlara, belgelere ve standartlara uygunluğudur.
- Dayanıklılık: Kullanılabilir ömrünün uzunluğudur. Hem teknik, hem de ekonomik boyutu içermektedir.
- Hizmet Görürlük: Sorun ve şikâyetlerin kolay çözülebilirliğidir.
- Estetik: Albenisi ve duylara seslenebilme yeteneğidir (görünüş, koku, tat ve hissetmenin nasıl olduğuyla ilgilidir).
- Algılanan Kalite: Müşterinin mal veya hizmetten algıladığı düşüncüyü ifade eder (imaj).

Garvin'in araştırması sonucu ortaya çıkan boyutların, genel olarak fiziksel ürünler için daha geçerli olduğu görülmektedir. Sağlık hizmet sektöründe de hizmet sunumunun giderek dokunulur hale gelmesi bu boyutların önemini arttıracaktır. Teknolojinin gelişmesiyle insan müdahalesinin azalması, tedavi protokollerinin varlığı, otomasyon sistemlerinin giderek gelişmesi vb. iyileşmeler sağlık hizmetlerini de daha dokunulur hale getirmektedir.

2.1.4. Hizmet Kalitesi

Günümüzde işletmelerin sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesi, pazar paylarında, karlılıklarında, verimliliklerinde, müşteri sadakatinin sağlanmasında ve işletmenin rakiplerinden farklılık oluşturarak fiyat rekabetinden korunmasında önemli bir olgu haline gelmiştir (Zeithaml ve diğ., 1990). Bu anlamda, hizmet kalitesi, sadece hizmet veren organizasyonlar için değil, üretim yapan organizasyonların da uzun dönemdeki karlarının vazgeçilmez bir parçasıdır (Ghobadian ve diğ., 1994). Ancak hizmetleri mallardan ayıran özellikler dikkate alındığında, mallar için yapılmış kalite tanımları hizmetlerin kalitesini açıklamakta yetersiz kalmaktadır (Mei ve diğ., 1999). Bu bakımdan hizmet kalitesi kavramı, hem tüketicilere hizmet sunan işletmeler için

hem de mal sunan işletmeler için malların sunumundaki öneminden ötürü üzerinde sıklıkla çalışılan bir konu olmuştur.

Zeithaml ve arkadaşları (1988) birçok hizmet sektöründe kalitenin işletmede çalışan personel ve tüketici arasında gerçekleşen etkileşim sırasındaki hizmet sunumu esnasında ortaya çıktığını, bu sebeple hizmet kalitesinin büyük ölçüde hizmet işletmelerinin hammaddesi olan çalışanların performansına bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Broderrick ve arkadaşları (2008) ise geçmişte kalite sadece ürünler için tartışılırken, bugün kalitenin her boyutta günlük yaşantımızın bir parçası haline geldiğini ve ürün kalitesi, hizmet kalitesi, toplum kalitesi gibi konuların öneminin her sektör için tartışılmaz olduğunu belirtmiştir.

Geçmişte fiyat ile kalite tüketiciler tarafından doğru orantılı olarak değerlendirilirken, günümüzde bu felsefe değişmiştir. Tüketiciler artık ürünlere fiyatın yanında taşıdığı fonksiyona veya kullanım uygunluğuna da bakmaktadır. Bu doğrultuda müşteri memnuniyetini kendisine amaç edinmiş işletmeler ürünün pazarlanması sürecinde kalite uygulamalarına dikkat etmelidirler.

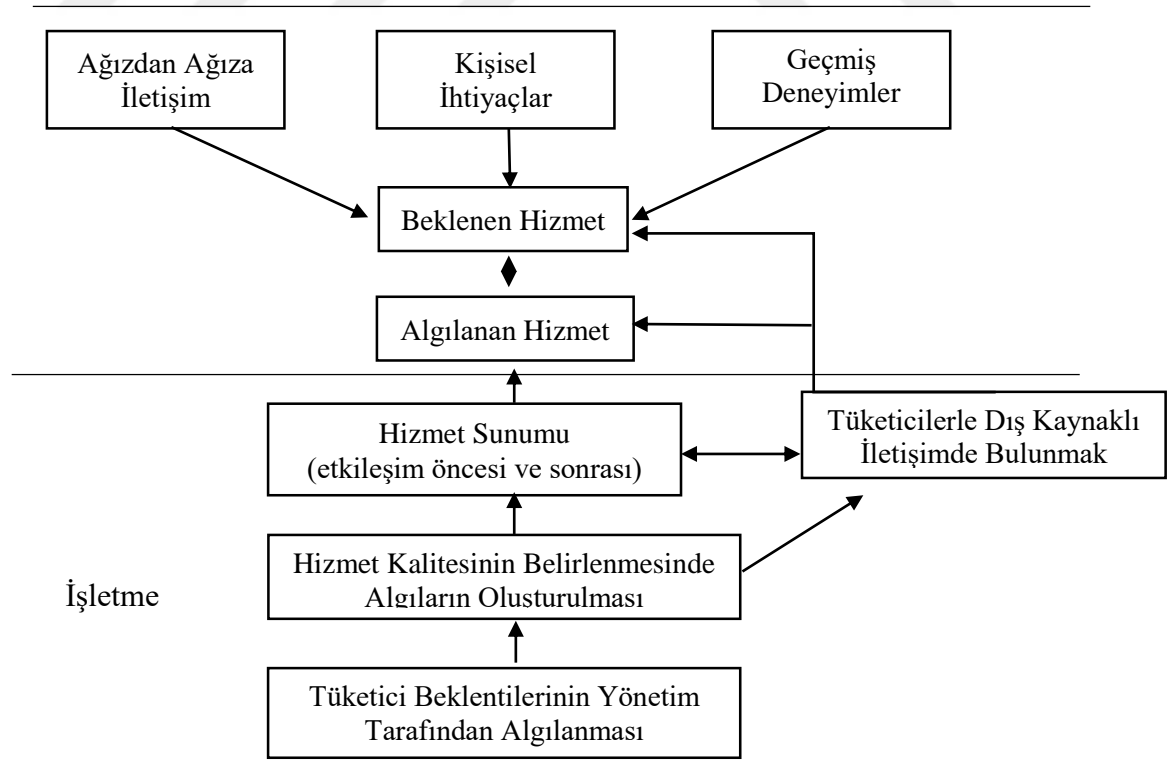
Edwardsson (1998) hizmet kalitesini, müşteri beklentilerini karşılayabilme, ihtiyaç ve gereksinimleri belirleyebilme derecesi olarak tanımlamıştır. İnsanlar kişisel ihtiyaçları söz konusu olduğunda bu ihtiyaçları karşılamak için çaba harcarlar. Terminal dönemde yaşayan bir kanser hastası için son günlerini en güzel şekilde yaşamak ihtiyacı ile baş ağrısı olan bir hastanın bu sorununu çözme ihtiyacı bir değildir. Bu bakımdan her insanın ihtiyaçlarını karşılamak için beklentileri de farklı olabilmektedir. Lewis ve Booms (1983) bu doğrultuda hizmet kalitesinin, müşteri beklentilerine ne kadar uygun bir hizmet sunumu verilmesiyle ilgili olduğunu belirtmiştir. Ghobadian ve arkadaşlarına göre (1994) hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgiler oluşturması ve müşterinin genel bir yargısı olduğunu ifade etmektedir.

Gülmez ve Dört Yol (2009) hizmet kalitesini olası tüketicilerin belirli bir hizmetle ilgili ihtiyaç ve beklentilerinin tam anlamıyla karşılanması sürecinin başarı ile sonuçlandırılması amacıyla yapılan çalışmalar bütünü şeklinde tanımlamıştır. Yani “kaliteli hizmetin sunumu” tüketici beklentilerine uygun hareket etmektir.

Hizmet kalitesi ile ilgili yukarıda yapılan açıklamalarda hizmet kalitesinin tüketicilerin beklentilerini en iyi şekilde karşılayabilmek olduğu görülmektedir. Yine yukarıdaki tanımlarda ortak bir şekilde bahsedilen müşteri beklentileri ve algılamalarıdır. Yapılan bu açıklamalar doğrultusunda sağlık hizmetleri ile ilgili aşağıdaki sorular sorulabilir;

- Sağlık hizmet sektöründe müşterilerin beklentileri nelerdir?
- Sağlık hizmet sektöründe algılanan hizmet ne düzeydedir?
- Hangi tür hastalıklar için nasıl bir hizmet verilmelidir?
- Çalışanlar ile hastalar arasındaki ilişkinin boyutu nedir?
- Sağlık tüketicilerinin zihinlerinde kurum ve çalışanlarıyla ilgili nasıl bir algılama bulunmaktadır?

Literatürde bu soruların cevaplarını bulabilmek için yapılan çalışmalarda birçok model ortaya konulmuştur. Parasuraman ve arkadaşları (1985) ortaya koymuş oldukları hizmet kalitesi modeli ile hizmet kalitesinin oluşumunu açıklamaya çalışmışlardır. Şekil 2.3'de Parasuraman ve arkadaşları (1985) tarafından ortaya konulan hizmet kalitesi modeli gösterilmektedir.



Şekil 2.3. Hizmet Kalitesi Modeli

Tüketicilerin beklentilerini ve algılarını değerlendirip hizmet kalitesi kavramını ortaya koyan Parasuraman ve arkadaşları (1985) bir karşılaştırma yaparak genel kabul görmüş bir hizmet kalitesi tanımı öne sürmüşlerdir. Bu karşılaştırmaya göre;

- Beklenen hizmet > Algılanan hizmet olursa; algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük (kabul edilemez kalite) olur.
- Beklenen hizmet = Algılanan hizmet olursa; algılanan kalite tatmin edici olur.
- Beklenen hizmet < Algılanan hizmet olursa; algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha büyük olur (ideal kalite).

Bu tanımlamadan yola çıkılarak algılanan kalite kavramı ile ilgili tüketicinin bir ürün hakkında tam mükemmellik veya üstünlük yargısıdır denilebilir (Zeithaml, 1988). Algılanan kalite (Zeithaml, 1988);

- Amaçlanandan veya fiili olarak yapılandan farklıdır,
- Bir ürünün spesifik bir özelliğinden ziyade daha fazla soyuttur,
- Bazı durumlarda evrensel değerlendirilir,
- Genellikle uyarılmış bir tüketici yargısıdır.

Beklenti ise müşterilerin bir ürünü satın almadan önce o ürünle ilgili bir takım ihtiyaçlarının, isteklerinin ve taleplerinin olmasıdır. Kişisel ihtiyaçlar, dışsal iletişim, kurumsal imaj, geçmiş tecrübeler, kulaktan kulağa iletişim gibi faktörler müşterilerin beklentilerinin oluşmasında etkilidir (Değermen, 2006). Tüketiciler beklentilerini karşılamak üzere işletmelerden bir ürün satın alırken karşılaştırma yapmaktadır. Bu durumda müşterinin algıladığı hizmet kalitesi beklentilerine eşit veya yüksek olması gerekmektedir. Parasuraman ve arkadaşlarının (1985) yapmış oldukları beklenti ve algı karşılaştırmasında da görüldüğü üzere algılanan kalitenin müşteri beklentisinden yüksek olması yüksek tatmin durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu yüzden müşteri algısını ortaya koymak önemlidir. Dolayısıyla sadece müşteri beklentileri üzerinden hareket etmek yetersiz kalmaktadır.

Görüldüğü üzere hizmet kalitesinin tanımlanması ve işletmede kararlı bir yönetimin olması gerekmektedir. Ayrıca hizmet kalitesi tanımlarının büyük bir çoğunluğu müşteri odaklı olma düşüncesine dayanmaktadır (Ghobadian ve diğ.,

1994). Literatürde hizmet kalitesi ile ilgili yapılan yukarıdaki tüm tanımlar bir arada düşünüldüğünde müşterilerin beklentileri ve işletmenin sergilediği performans sonucu oluşan algı belirleyici olmaktadır. Müşterinin işletme performansını algılaması müşteri beklentilerinin karşılanması noktasında önemlidir. Bu doğrultuda işletmeler müşterilerinin ve toplumun beklentilerini iyi analiz etmelidir. Hatta beklentilerinin de ötesinde bir hizmet sunmaya çalışmalıdır. Bu bakımdan hizmet kalitesinin ölçümü, araştırılması ve boyutların ortaya çıkarılması önem arz etmektedir.

2.1.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Literatürde hizmetin ve kalitenin doğası dikkate alınarak hizmet kalitesinin boyutları üzerinde yapılmış birçok araştırma bulunmaktadır. 1976 yılında Swan ve Combs yapmış oldukları çalışmada, hizmet kalitesinin iki önemli boyutu olduğunu belirlemişlerdir. Bunlar; hizmetlerin fiziksel yönleri ile ilgili enstrümental boyut ile soyutluk ya da psikolojik yönüyle ilgili anlamsal boyuttur.

Sasser ve arkadaşları ise 1978 yılında yapmış oldukları çalışmada, hizmet kalitesinin üç farklı boyutunun bulunduğunu ifade etmişlerdir. Bunlar; hizmet işletmesinin malzeme düzeyi, tesisi ve çalışanlarından oluşmaktadır.

Gronroos'e göre (1984) ise hizmet kalitesi üç bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; teknik, fonksiyonel ve itibar kalitesi şeklinde açıklamıştır. Teknik kalite, hizmet çıktılarının kalitesini, yani müşterinin gerçekte hizmetten ne aldığını ifade ederken fonksiyonel kalite, işletmenin hizmeti nasıl sunduğunu, yani müşteri ve hizmet işletmesi arasındaki ilişkinin doğasını ifade etmektedir (Sharma ve Patterson, 1999). İtibar kalitesi ise, hizmet sunan işletmenin genel imajı ile ilgidir.

Gummesson (1987) ise Crosby ve Juran'ın kalite tanımlarına dayandırarak ortaya koymuş olduğu 4Q hizmet kalitesi modelini ürünlerin yanı sıra hizmetleri de içerecek biçimde geliştirmiştir. 4Q modeli incelendiğinde; modelin merkezinde müşterinin algıladığı kalitenin bulunduğu görülmektedir. Müşterinin algıladığı kalite; müşterilerin beklentileri ve o hizmete ait geçmiş tecrübeleri ile işletmenin imajından etkilenmektedir (Fitzsimmons ve Fitzsimmons, 2000).

Garvin (1987) ise kalitenin sekiz boyutunu açıkladığı araştırmasında, hizmet kalitesinin boyutlarına diğer araştırmacılar tarafından da kullanılan algılanan kaliteye ek olarak bazı boyutlar eklemiştir. Bunlar;

- Hizmette Performans: Hizmetlerin sunumunda en temel özelliktir.
- Diğer Unsurlar: Hizmetin çekiciliği sağlayan ikincil özelliklerdir.
- Uygunluk: Standartlara, spesifikasyonlara ve belgelere uygunluktur.

Lehtinen ve Lehtinen (1991) hizmet kalitesinin boyutlarını üç başlık altında ele almışlardır. Boyutlar; fiziksel kalite, etkileşim kalitesi ve işletme kalitesi boyutlarıdır. Fiziksel kalite boyutu, binaların ve hizmet üretimini olanaklı kılan ekipmanların durumu gibi konuları kapsamaktadır. Etkileşim kalitesi boyutu, ürünün üretim ve sunum sürecinde müşterilerin kendi aralarında ve iş görenler ile gerçekleşen etkileşimlerinin kalitesi anlamına gelmektedir. İşletme kalitesi boyutu ise, işletmenin sahip olduğu imajı simgelemektedir. İşletmenin imajı, sunulan ürün paketinin bir parçasını oluşturmakta ve bu paketin müşteriler tarafından değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Walker (2002) ise hizmet kalitesinin, genellikle etkileşim kalitesi ve somut unsurların kalitesi olmak üzere iki boyutlu bir yapıdan oluştuğunu belirtmiştir.

Yukarıda yapılan hizmet kalitesi boyutları değerlendirildiğinde somut özelliklerin ve soyut özelliklerin birlikte etkili olduğu söylenebilir. Nitekim hizmetler soyut olsa bile somut ürünlerle birlikte sunulması bu sonucun ortaya çıkmasında önemlidir.

Literatürde en çok kabul gören hizmet kalitesi boyutları, Parasuraman ve arkadaşları (1988) tarafından yapılan araştırma ile ortaya konulmuştur. Parasuraman ve arkadaşları (1985) ilk olarak işletmelerde hizmet kalitesinin on boyuttan oluştuğunu ortaya koymuşlardır. Bunlar; somutluk, güvenilirlik, duyarlılık, yetenek, nezaket, iletişim, itibar, güvenlik, erişim ve müşteriye anlamaktır. Parasuraman ve arkadaşları (1988) daha sonra yapmış oldukları çalışmada ise hizmet kalitesinin temel belirleyicilerini, fiziksel unsurlar, güvenilirlik, yanıt verebilirlik, güvence ve empati olmak üzere beş başlık altında toplamışlardır. Bu boyutlar;

- Fiziksel unsurlar, işletmenin hizmet sunumundaki binayı, modern araç-gereci, personel görünümünü, bina temizliğini ifade etmektedir.
- Güvenilirlik, hizmetin söz verildiği zamanda ve söylenen şekilde sunulmasıdır. Ya da güvenilirlik, sözel ifadelerle davranışlar arasındaki tutarlılığı gösterir (Söylet ve Mengü, 2011).
- Yanıt verebilirlik, müşteriye yardımda istekli olma ve hizmetin en kısa sürede yerine getirilmesidir.
- Güvence, personelin yeterli bilgiye sahip olması ve müşteriye güven vermesini ifade etmektedir.
- Empati, müşterilere önem verme, onlar ile yakından ve kişisel olarak ilgilenme, personelin kendini müşterinin yerine koymasındır.

SERQUAL ölçeğinin kullanılmasıyla hizmet kalitesinin ölçümünde çeşitli araştırmalara rastlamak mümkündür. Yapılan araştırmalarda SERQUAL ölçeğinde ortaya çıkan boyutlardan farklı boyutlarda ortaya çıkmıştır. Bir Amerika hastanesinde yapılan araştırmada hizmet kalitesinin boyutları önemseme, isteklilik, empati ve güvenilirlik olarak ortaya çıkmıştır (Tucker ve Adams, 2001). Güney Afrika'da bir hastanede yapılan araştırmada hizmet kalitesinin boyutları hemşirenin empati kurması, yöneticilerin istekliliği, doktor istekliliği, güven, iletişim, fiziksel görünüm ve güvenilirlik olarak ortaya çıkmıştır (Boshoff ve Gray, 2004).

SERQUAL ölçeğinin dışında kullanılan ölçeklerle ortaya çıkarılan, çalışanların davranışlarının ve niteliğinin ön planda olduğu boyutları da görmek mümkündür. Andaleeb'in (1998) yaptığı çalışmada hizmet kalitesinin boyutları çalışanın yeterliliği, davranışı, tesis, iletişim ve maliyettir. Otani ve Kurz'un (2004) yaptığı çalışmada ise hizmet kalitesinin boyutları doktorun hastaya özen göstermesi, hemşirenin hastaya özen göstermesi, hastaneye giriş-çıkış prosedürleri, çalışanların birbirlerine sevgisi ve yardımseverliktir. Duggirala ve arkadaşları (2008) yaptığı çalışmada hizmet kalitesinin belirleyicilerini 7 boyut olarak belirlemişlerdir. Bunlar klinik bakım süreci, yönetsel prosedür, çalışan kalitesi, tıbbi bakım deneyimi, tıbbi altyapı, güvenlik ve sosyal sorumluluktur.

Hizmet kalitesi ile ilgili birçok çalışmanın yapıldığı ve farklı boyutların ortaya çıktığı görülmektedir. Yapılan çalışmaların farklı coğrafik bölgelerde gerçekleşmiş

olması, uygulama alanlarının farklı kültüre ve sisteme sahip olması böyle bir literatür zenginliğinin olmasını sağlamıştır. Tüketicilerin ve çalışanların davranış şekillerinin farklılık göstermesi, işletmeler arası rekabet durumu veya ülkelerin ekonomik durumu da bu farklılığa neden olabilir.

2.2. Sağlık Hizmetleri ve Kalite

Nüfusun çoğalması, hastalıkların karmaşık hale gelmesi ve ekonomik gelişmeler sağlık hizmetlerinin de evrim geçirmesine neden olmaktadır. Tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının değişmesi, hayat standartlarının yükselmesi beklentilerinde artmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla hastaların beklentilerine yönelik veya beklentilerinin üstünde hizmet almaları, memnuniyetlerini sağlamada güçlü bir argüman olarak görülmektedir (Varinli ve Çakır, 2004). Hatta sağlık hizmet kuruluşları hayatta kalabilmek ve rekabet avantajı sağlayabilmek için hasta memnuniyetinin yanı sıra kendi performanslarını değerlendirmeleri noktasında önem taşımaktadır. Çünkü 2030 yıllarında orta ve yüksek gelirli ülkelerde 40 milyon kadar yeni sağlık hizmet kuruluşunun açılması beklenmektedir (WHO).¹ Dünyada tüm bu gelişmeler yaşanırken 2012 yılında yapılan bir araştırmaya göre ise her yıl sağlıksız çevre koşulları yüzünden 12.6 milyon insan ölmektedir. Hava, su ve toprak kirliliği, kimyasal mazuriyet, iklim değişikliği ve radyasyon gibi çevresel risk faktörleri çeşitli yeni hastalıklarla birlikte ölümlerin nedenini oluşturmaktadır (WHO). Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi, yenilenmesi ve kontrol edilmesi önem arz etmektedir. Nüfusun artmasına bağlı olarak ülkelerde sağlık hizmetlerini tüm bölgeye ulaştırma gayreti içerisine girmektedirler. Bu sebeple sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmak için birtakım gruplandırmalara gidilmesi zorunlu olmaktadır.

2.2.1. Sağlık Hizmetleri

Hizmetler, büyük ölçüde herhangi bir meslekte uzmanlaşmış, teknik bilgi ve donanıma sahip kişiler tarafından yerine getirilen, fiziksel olarak ölçülmesi mümkün olmayan faaliyetlerdir (Cowell 1993). Sağlık hizmetleri ise doğrudan doğruya mesleğinde uzman donanımlı ve profesyonel kişiler tarafından verilen hizmetlerdir.

¹ <http://who.int/mediacentre/news/notes/2016/health-workers-triple-return/en/> (Erişim Tarihi 19.04.2016)

Bu kapsamda sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı olarak sunulan sağlığa ilişkin hizmetlerin tümünü kapsamaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu 1999). Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, bireylerin hastalanmaları durumunda tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan rehabilite edilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tamamı olarak da tanımlanabilir (Yurtsever, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (2015) göre sağlık hizmetleri, tanı, hastalık tedavisi veya sağlıkla ilgili olarak her türlü reklam, bakım ve iyileştirme hizmetlerini ve kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Öztürk (2000) yaptığı sağlık hizmetleri tanımlamasında: “bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dâhilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumanın, tedavi ve rehabilite etmenin temel amaç olduğunu” belirtmektedir. Bunun yanında toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yükseköğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını kullanmaktır. Tüm bunları ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanarak harekete geçirmek esastır.

Akdur (2006) ise sağlık hizmetlerini, toplumu oluşturan bireyleri çeşitli hastalık ve sakatlıklardan koruyarak ruhsal, iktisadi ve sosyal bağlamda yaşamlarını huzur içerisinde sürdürebilmelerini temin edebilme amaçlı faaliyetler bütünü olarak tanımlamıştır.

Yapılan tanımlamalardan hareketle sağlık hizmetlerinin insanların bedensel ve ruhsal durumunun iyileştirilmesi olarak belirtildiği anlaşılmaktadır. Bu sebeple ülkelerde kurulan sağlık işletmeleri de konularına göre farklılık göstermektedir. Özellikle sağlıkla ilgili insan kaynaklarının doğru planlanarak doğru kuruluşlarda çalıştırılması önemlidir.

Sağlık hizmetleri sadece insanların bedensel ve ruhsal durumlarının iyileştirilmesinden ibaret değildir. Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına da gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Diğer taraftan sağlık hizmeti sunumunda en önemli hedef, hastaları tedavi etmek yerine hastalanmalarını önleyebilmektir (Tengilimoğlu ve diğ., 2009).

2.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri hizmet sektörü içerisinde şüphesiz önemli bir yere sahiptir (Tengilimoğlu, 2012). Günümüzde sağlığa ayrılan bütçeler Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarına göre artış göstermektedir. 2016 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmada depresyon ve anksiyete bozuklukları için yapılan tedavinin dört kat arttığı ortaya çıkmıştır. Bu hastalıklar için dünya ekonomisi her yıl 1 trilyon dolar para harcamaktadır. Çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde 422 milyon kişi diyabet hastalığıyla yaşamaktadır. 1980 yılında 108 milyon diyabet hastası varken (dünya nüfusunun %4,7'si) bugünlerde diyabetle yaşayan 422 milyon kişi (dünya nüfusunun %8,5'i) bulunmaktadır (WHO).² Hastalıkların ve buna bağlı olarak harcamaların arttığı günümüzde sağlık hizmetlerinin de önemi giderek artmaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmetlerini anlamak da önem arz etmektedir.

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır (Tengilimoğlu ve diğ., 2012). Güllülü ve arkadaşları (2008) sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerini şu şekilde ifade etmişlerdir;

- Sağlık hizmetleri toplumsaldır.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi bulunmamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısı nedeniyle sağlık hizmetleri kar amacından çok sosyal amaç taşımaktadır.
- Sağlık hizmetlerine yönelik talep belirsizdir.
- Sağlık hizmetleri tüketicisinin bilgisi yetersizdir.

² <http://who.int/mediacentre/en/> (Erişim Tarihi 19.04.2016)

Tengilimoğlu ve arkadaşları (2012) ise sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini şu şekilde belirtmişlerdir;

- Tüketimi rastlantısaldır, ikamesi yoktur, ertelenemez,
- Boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, doktor belirler,
- Tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir,
- Sağlanan memnuniyeti ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur,
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır,
- Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez,
- Garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata tolere edilemez,
- Hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar,
- Dışsal fayda ya da zarar söz konusudur.

Bu özellikler, farklı araştırmacılar tarafından değişik şekillerde ifade edilmekle birlikte (Yurtsever, 2015; Yaşa, 2012) genel hatları ile aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır. Sağlık hizmet talebinin ortaya çıkış zamanının belli olmaması, onu diğer hizmetlerden ayıran en önemli özelliğidir (Yaşa, 2012). Yani sağlık hizmetlerinin tüketiminin nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenmemektedir. Bu alandaki istemin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi belirlenmesi zordur. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması bu istemi sınırlayan bir etken olabilir. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan çok öngörülemez niteliktedir. Belirtilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeterli bir güvence sağlayamamaktadır. Örneğin, gıda maddeleri gereksinimi yeterli gelire karşılanabilir. Buna karşın, sağlıklı olmak için yeterli bir gelire sahip olmak tek başına belirleyici bir etken değildir. Çok iyi gelire sahip olan bir birey potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir (Odabaşı ve Oyman, 2008). Ayrıca buna ek olarak hastalığın maliyeti baştan belli olamamaktadır. Kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden belli olmamakla birlikte, sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı da tahmin edilemez. Sağlık sigortası sisteminde önceden ödeme yöntemleri

ile risk bölüşümü sağlanmakta, ani ve çok yüksek maliyetlere karşı, hem bireysel hem de kamusal anlamda destek sağlanmaktadır (Yaşa, 2012).

Sağlık hizmetinin kendine özgü bir diğer yönü de bilgi asimetrisidir. Yani sağlık personeli ile hasta ve hasta yakını arasında bilgi asimetrisi söz konusudur. Sonuçta hasta rahatsızlığı nedeniyle sağlık kurumuna başvurmuştur, hastalığı konusunda herhangi bir şey bilmemektedir. Fakat hizmeti sunan kişiler ise bu konuda tam bir donanıma ve uzmanlığa sahiptir (Yenice, 2015). Dolayısıyla, hizmet sunucusu pozisyonunda olan çalışanların üstünlüğü söz konusudur. Hasta kendisi için gerekli olan şeyleri fark edemediğinden suistimale açıktır. Bu yönden hastanın ve hasta yakınlarının memnun edici bir biçimde bilgilendirilmesi, tedavi konusunda eğitilmeleri ve aydınlatılmaları önem taşımaktadır. (Tengilimoğlu, 2001). Bu durumda hastalar çoğu zaman hastanelere, doktorlara veya diğer yardımcı sağlık çalışanlarına güvenmek durumundadırlar.

Sağlık hizmetinin ertelenmesi ya da ikamesi çok zordur. Sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulduğu anda giderilmesi gereken hizmetlerdir. Ortaya çıkan bir ihtiyacın karşılanmasında bir erteleme ya da gecikme kişiler için hayati bir tehlike doğurabilir. Bu nedenle hizmet talep edilir, sağlık personeli arza karar verir ve hizmet sunulur. Erteleme ya da başka bir hizmet ile değişimi söz konusu değildir (Yenice, 2015). Yani hasta, doktorun önerdiği tedavi yöntemini kabul etmek durumundadır. Sağlık hizmeti parasal değeri daha az olan bir başka ürün ile değiştirilemez. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti açısından tedavide erken tanının ileriki birçok sağlık problemini ve maddi kaybı da engelleyeceği göz önünde tutulursa sağlık hizmetinin ihtiyaç duyulduğu anda karşılanması gereklidir (Yaşa, 2012).

Sağlık hizmetleri kişilere göre farklılık göstermektedir. Sağlık kurumlarına başvuran kişiler, yaş, cins, ırk, yaşam tarzı vb. olarak çeşitlilik göstermektedirler. Ayrıca durumlarını anlatım biçimleri bakımından, bu kişilere gerek teşhis konulması, gerekse tedavilerinin uygulanması farklılık göstermektedir. Hatta araştırma yapanlar ve hasta kişiler için bile tek düze bir hizmet yapısından söz edemeyiz. Mesela radyoterapi uygulamalarında kişilere göre farklı dozlarda ve sürelerde uygulama yapılır. Yani sağlık hizmetlerini standardize etmek olası değildir (Yenice, 2015). Bununla birlikte, sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir. Genel

olarak, mal ve hizmetlerin satın alımında tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en ideal olanın seçileceği varsayılır. Ancak, tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı, aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır (Yaşa, 2012).

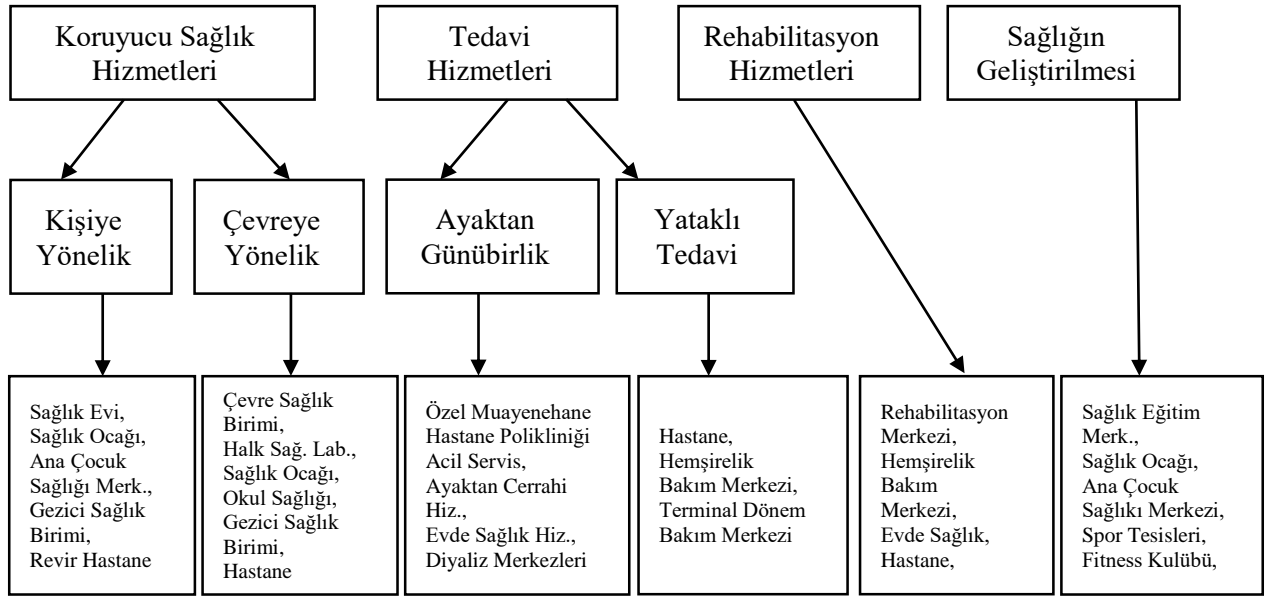
Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Özellikle, salgın hastalıklarda hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Sağlık hizmetlerine şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için kapasite artırım çalışmalarına devam etmek gerekir (Yaşa, 2012). Bu yönüyle sağlık koruyucu sağlık hizmetleri sunmak hem toplumun sağlığını korumak hem de sağlık için harcanan bütçeyi azaltmak bakımından önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu diğer özellikler ise sağlık hizmetinin depolanamamasıdır. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti sunan kurumlar teknoloji yoğun emek işletmesi olmaları dolayısıyla yüksek maliyet gerektiren hizmetler sunmaktadırlar. Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere yer yoktur. Çünkü yapılacak hata direk insan hayatına mal olacaktır. Hizmet sunumunda garanti verilememesi bir diğer özelliğidir. Bu konuda tedavi edici sağlık kurumlarında neredeyse tüm yatan hastalara hasta onam formu doldurulmaktadır. Yani herhangi bir olumsuzluk karşısında hastanın bu durumu kabulleneceği ile ilgili bir prosedürdür. Çünkü doktor bile hastaya uyguladığı teşhis ve tedavide yanılabilir.

2.2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Literatürde sağlık hizmetlerinin kapsadığı faaliyetler dikkate alınarak sınıflandırıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisi ile insanların mevcut sağlıklarının korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümüdür (Karabulut, 1998). Sağlık hizmetlerinin kamu görevi olması nedeniyle tüm ülkede sunumunun yapılması gerekmektedir. Bu yüzden şehirlerde ve kırsal kesimde verilen sağlık hizmetlerinin düzeyleri farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerini tüm topluma etkili bir şekilde sunulması gerekliliği, sağlık personeli sayısı, tıbbi altyapı, ekonomik durum vb. nedenlerden ötürü sınıflandırılmasını gerekli kılmaktadır.

Yalkın'a (2010) göre sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, her ne kadar yürüttükleri faaliyetlere göre sınıflandırılabilir olsalar da, her grup ana faaliyetleri yanında diğer tüm sağlık hizmeti faaliyetlerini de değişik düzeylerde sunmaktadırlar. Bu kapsamda, Kavuncubaşı'nın (2000) sağlık hizmetlerine ve bu hizmetleri veren kuruluşlara ilişkin yapmış olduğu sınıflandırma Şekil 2.4'te sunulmaktadır.



Şekil 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Bu Hizmetleri Sunan İşletmeler

Şekil 2.4. incelendiğinde sağlık hizmetlerinin; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır (Yenice, 2015; Yaşa, 2012). Aşağıda bu sağlık hizmetlerin detaylı açıklamaları yer almaktadır.

2.2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan, bu risklere karşı verilen bir mücadele şeklidir. Bu tür hizmetlerin amacı, toplumda hastalık riskini azaltmak ve sağlık seviyesi daha yüksek bir toplum oluşturmak olduğundan ödeme gücüne bakılmaksızın tüm topluma sunulması gerekmektedir (Yalkın, 2010). Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu sağlık hizmetlerinin, alt gruplarında kişiyeye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olarak iki grup mevcuttur.

Sağlık evi, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı merkezi, gezici sağlık birimi, revir ve hastanelerde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlanırken, çevreye yönelik olan sağlık hizmetlerini ise çevre sağlık birimi, halk sağlığı laboratuvarları, sağlık ocağı, okul sağlığı, gezici sağlık birimi ve hastaneler sağlamaktadır (Yaşa, 2012).

2.2.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleştirilir (Yalkın, 2010). Tedavi edici sağlık hizmetleri iki grupta toplanmaktadır: Ayaktan-günübirlik ve yataklı tedavi hizmetleri. Ayaktan günübirlik tedavi hizmeti sunan kurumlar arasında özel muayene, hastane polikliniği, hastane acil servisi, ayaktan cerrahi hizmetleri, evde bakım ve diyaliz merkezleri yer almaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri altında yer alan yataklı tedavi hizmetleri ise, hastaneler, hemşirelik bakım merkezleri, terminal dönem bakım merkezlerinde verilmektedir (Yaşa, 2012). Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu ölçütleri esas alındığında birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç grupta incelenmektedir (Akdur, 2006).

2.2.1.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetleri, daha çok ayakta tedavi hizmetlerini içermekle birlikte aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. Diğer basamaklara göre; ulaşılabilirliği yüksek, sunulan hizmetin kapsamı ve maliyeti ise düşüktür (Yalkın, 2010). Bu aşama, kişilerin hastaneye yatırılmadan ayakta tedavi edildiği hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık Ocakları, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri birinci basamak tedavi hizmetleri veren kuruluşlardır.

2.2.1.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen ve birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Ulaşılabilirliği birinci basamağa göre düşük, hizmet kapsamı ve maliyetleri ise yüksektir (Yalkın, 2010). İkinci basamak tedavi hizmetleri, yataklı

tedavi kurumları tarafından verilen hizmetlerdir. Devlet Hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu grupta yer almaktadır.

2.2.1.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci ve ikinci basamakta verilmesi mümkün olmayan, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren karmaşık, ağır hastalıklara yönelik sağlık hizmetleridir. Diğer basamaklarla kıyaslandığında; ulaşılabilirliği düşük, hizmet kapsamı ve maliyetleri ise yüksektir (Yalkın, 2010). Özel tedavi, ileri tetkik ve bilgi gerektiren branş hastaneleri veya üniversite hastaneleri tarafından verilen hizmetlerdir.

2.2.1.2.3. Rehabilitasyon (İyileştirme) Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, herhangi bir kaza ya da hastalık sonucu bireylerde oluşan kronik sakatlık ve arazların toplumsal yaşama yansımalarını önlemek ve bireyin günlük yaşantısına tekrar dönebilmesi, kendi ihtiyaçlarını tek başına karşılayabilmesi için verilen hizmetleri ifade etmektedir (Yenice, 2015). Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Bu hizmetler, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilmektedir (Günel, 2007).

Tıbbi rehabilitasyon, bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozuklukların düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları konuya ilişkin bazı örneklerdir. Sosyal rehabilitasyon ise sakatlık ya da özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretim çalışmalarını kapsamaktadır (Yalkın, 2010).

2.2.1.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlık

geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi dar kapsamlı olup birey ve grupları hedef almaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Diğer taraftan bazı bireyler alışkanlıkları ve yaşam tarzları nedeniyle bazı hastalıklara sahiptir. En basit örnek olarak sigara ve kanser ilişkisi verilebilir. Eğitimle insanların bazılarını sigaradan uzak tutabiliriz ama uluslararası boyutta kamu, özel, tüm kurum ve kuruluşlardan destek alarak yapılan kampanyalar sağlığın geliştirilmesinde daha etkilidir (Yenice, 2015).

2.2.1.3. Araştırmanın Uygulandığı Bölgede Sağlık Hizmet Kuruluşları

Geçmişte sadece hastalıkların tedavisi şeklinde tanımlanan ve daha çok tedavi hizmetlerine yönelik gelişimlerin olduğu sağlık hizmetleri, daha sonraları hastalık ya da sağlığı bozucu etkenlerin neler olduğunun öğrenilmesi sonucunda çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve hijyen gibi konularda da önem kazanmaya başlamıştır (Tengilimoğlu ve diğ., 2009). Tanımında da yer verildiği üzere sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhisi, tedavisi, rehabilitasyonu ve önlenmesi ile birlikte toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ile ilgili tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Özellikle nüfusun artmasıyla hükümetlerin tüm topluma sağlık hizmetlerini ulaştırmak için sağlık hizmetlerini sınıflandırma yoluna gitmişlerdir. Böylece hem sağlık hizmetleriyle ilgili uzmanlaşmayı sağlamak hem de tüm topluma sağlık hizmetlerini ulaştırmak önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın uygulandığı Bolu ve Düzce illerindeki sağlık hizmet kuruluşlarına bakıldığında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği görülmektedir. Sağlık uygulama tebliğinde yapılan tanımlara bakıldığında birinci basamak sağlık kuruluşları aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır:³

“Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.”

³ <http://www.sgk.gov.tr> (Erişim Tarihi 20.03.2016)

İkinci basamak sağlık kuruluşları da aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır:

“Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.”

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır:

“Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri.”

Her iki ilde bulunan özel sağlık kuruluşları ise ikinci basamak içerisinde görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın yapıldığı dönemde Bolu ve Düzce illerinde toplam 5 Özel Hastane, 1 Üniversite Hastanesi, 1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Bolu’da afilyasyon olması nedeniyle üniversite ve merkez devlet hastanesi kısmi birleşmiştir), 2 İl Düzeyinde Devlet Hastanesi, 3 İlçe Düzeyinde Devlet Hastanesi, 2 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 1 Üniversite Dış Hekimliği, 1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi (afilyasyon) ve 1 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (afilyasyon) bulunmaktadır (Şekil 2.3.). Halk Sağlığı ve İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı kuruluşlar ile Özel Diyaliz Merkezleri bu araştırmada kapsam dışı bırakılmıştır. Çünkü bu sağlık kuruluşlarında hastaların doktorlarla karşılaşma ihtimali düşüktür. Her iki ilde bulunan sağlık tesislerinin 10 tanesi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna, 2 tanesi Üniversitelere ve 5 tanesi Özel teşebbüslere bağlıdır. Bolu ilinde bulunan sağlık kuruluşlarında toplam 1537 yatak kapasitesi vardır.⁴ Düzce ilinde ise toplam 670 yatak kapasitesi bulunmaktadır.⁵

⁴ Bolu İl Sağlık Müdürlüğünden 2016 güncel yatak sayıları alınmıştır.

⁵ http://www.investinduzce.gov.tr/content_rakamlarla-duzce?mode=2&MenuId=269 (Erişim Tarihi: 17.04.2016)

Tablo 2.3. Bolu ve Düzce İllerinde Bulunan Sağlık Kuruluşları

Bolu İlindeki Sağlık Kuruluşları/Yatak Kapasitesi		Düzce İlindeki Sağlık Kuruluşları/Yatak Kapasitesi	
AİBÜ. Bolu İzzet Baysal E.A.H. (Afiliasyon)	389	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	320
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi	361	Düzce Atatürk Devlet Hastanesi	275
AİBÜ. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları E.A.H. (Afiliasyon)	150	Akçakoca Devlet Hastanesi	29
AİBÜ. Bolu İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon E.A.H. (Afiliasyon)	350	Düzce Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	-
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği	-	Özel Sivrikaya Hastanesi	54
Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	-	Özel Düzce Güneş Tıp Merkezi	-
Gerede İlçe Devlet Hastanesi	75	Özel Fizema Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	-
Mudurnu İlçe Devlet Hastanesi	25		
Özel Çağsu Hastanesi	135		
Özel Fatma Hatun Hastanesi	52		

Üçüncü basamak yapısına sahip üniversite hastaneleri Bolu ve Düzce illerinde ayrı ayrı bulunmaktadır. 1992 yılında kurulan Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi o dönemde Düzce Üniversitesi'ni de bünyesinde barındırmaktaydı. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi 2006 yılında çıkan 5467 sayılı kanunla yeni kurulan Düzce Üniversitesi'ne bağlı olarak sağlık hizmetlerini vermektedir. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ise 01.08.2014 tarihinde 28989 sayılı yönetmeliğe istinaden Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Ruh Sağlığı Hastaneleri ile birlikte kullanım (afiliasyon) protokolü imzalamıştır.

Bolu'da ve Düzce'de bulunan özel hastanelere bakıldığında; Özel Çağsu Hastanesi 2007 yılında kurulmuş olup 135 yatak kapasitesine sahiptir. Özel Fatma Hatun Hastanesi ise 2012 yılında açılmış olup 52 yatak kapasitesine sahiptir. Düzce'de ise Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi 2006 yılında açılmış olup 54 yatak kapasitesine sahiptir. Özel Fizema Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi 2007 yılında, Özel Düzce Güneş Tıp Merkezi 2010 yılında açılmıştır. Her iki ilde bulunan özel hastaneler ikinci basamak statüsündedir.

2011 yılının sonunda çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 29. Maddesine göre Sağlık bakanlığı politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Ayrıca, 663 sayılı KHK'nın 30. Maddesine istinaden sağlık hizmetleri kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması amacıyla Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilmesine karar verilmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birliklerinin görev, yetki ve sorumluluklarına bakıldığında aşağıda sayılabilecek ifadelerin yer aldığı görülmektedir:

- Hastanelerin etkili, verimli yönetilmesini sağlamak,
- Hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine önem vermek,
- Performans değerlendirmesi yapmak,
- Toplumun en iyi şekilde hizmet almasını sağlamak.

Yukarıda sayılan ifadelere bakıldığında sağlık hizmet kalitesini en üst düzeye yükseltecek politikaların ve uygulamaların oluşturulmak istendiği söylenebilir. Bu doğrultuda Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kamu Hastane Birlikleri müşteri memnuniyetini arttırabilmek için sağlık hizmet kalitesini ve çalışanlarının davranışlarını en iyi şekilde yönetebilmelidir. Bu doğrultuda kamu sağlık kuruluşları müşteri memnuniyetine etki eden faktörleri incelemeli, analiz etmeli ve gerekli tedbirleri almalıdır.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Boyutları

Günümüzde refah düzeyinin giderek artması, insanların sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi ve sağlığa verdikleri önemin artması, tüketici istek ve ihtiyaçların gün geçtikçe çoğalması, sağlık hizmet sunucularının da daha kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunma zorunluluğunu gündeme getirmiştir. Tüketicilerin bilinç ve gelir düzeyinin yükselmesi ve sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez bir ihtiyaç olması, bu yöndeki değişimlere katkıda bulunmaktadır (Çatı ve Yılmaz, 2002). Özellikle sağlık

hizmet sunucuları rekabet konumlarını iyileştirmek için hizmet kalitesi üzerine odaklanmaya ihtiyaç duyulduğunun farkına varmışlardır (Doran ve Smith, 2004). Bu bağlamda, sağlık kurumları da sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi tüketiciler tarafından nasıl algılandığını ve tüketicilerin ne derece memnun kaldığını araştırmak, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar (İzci ve Saydan, 2013).

Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin hastalar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi, sağlık işletmelerinin rekabet avantajı elde etmeleri ve varlıklarını başarılı bir şekilde devam ettirebilmeleri açısından önemlidir (Derin ve Demirel, 2011). Çünkü sağlık hizmet sunucuları açısından, sağlık hizmetlerinin kalitesinin hasta tatminini ortaya çıkaracağı; hasta tatmininin de, hastaların benzer rahatsızlıklarında aynı hizmet sunucusunu tercih etmeleri ve/veya başkalarına tavsiye etmeleri yoluyla kârlılığa dönüşeceği açıktır (Dursun ve Çerçi, 2004).

Sağlık hizmetleri alanında kaliteye yönelik ilk uygulama, 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de hastanelerin standartlarını belirlemeye yönelik yapılan istatistiki çalışmalar olarak kabul edilmektedir (Akgün, 2005). Codman 1914’te yaptığı araştırmayla, teşhisin doğruluğunu, ameliyatın başarısını, tedavinin sağladığı faydayı ve yan etkilerin varlığını incelemiş, aynı zamanda hizmet verenlerin yeterliliğinin bakım kalitesinin tek belirleyicisi olmadığını ifade etmiştir (Esatoğlu, 1997).

1950 ile 1965 yılları arasında, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına bağlı olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların, özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde hızla ortaya çıktığı görülmektedir. Müşteri odaklı olmayan ve genel anlamda kalite güvencesi yaklaşımına dayalı düzenlemeler yapan bu organizasyonlar, doktorlar tarafından gösterilen direnç nedeniyle, yeterli düzeyde bir başarı sağlayamamışlardır (Öksüz, 2010).

Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm ögeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlıklarını güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür (Yurtsever,

2013). Bu sistemin temel amacı; toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürebilmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir (Günel, 2007).

Sağlık hizmet işletmelerinde sunulan hizmetlerin kalitesi, toplum sağlığına doğrudan yansımaktadır. Ortalama yaşam süresi, bebek ölüm düzeyleri, kronik hastalıkların tedavisi, kanser vakalarının düzeyi vb. gibi göstergeler sağlık hizmet sunucularının hizmet kalitesinin birer göstergesidir. Bu nedenle sağlık hizmet sunucularının vermiş olduğu hizmetin kalitesi tıbbi açıdan önemlidir. Harvard Tıp Fakültesinin 1991’de yapmış olduğu bir çalışmada ABD’de her yıl yaklaşık seksen bin kişi sağlık hizmet kalitesinin yetersizliğinden ölmektedir. Ayrıca kalitesiz sağlık hizmetlerinin sunumu ülke ekonomisinde sağlığa harcanan maliyetleri de arttırmaktadır (Brashier ve diğ., 1996). Dünya sağlık örgütünün yapmış olduğu bir çalışmada ise her yıl sağlık yetersizliğinden dolayı 26.6 milyon kişi ölüme terk edilmektedir (WHO).

Sağlık hizmetlerindeki kalite, hastalarla hizmet verenler arasındaki iyi yönlü psikolojik ve sosyal ilişkiler ile yatak çarşaflarının temiz, verilen yemeklerin iştah açıcı olması, bekleme salonlarının sıkıcı olmaması ve yatak odalarında telefon bulunması gibi detayları içermektedir (Gedikli, 1998). Ancak kalitenin ortaya konulan bu detayları, bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları gibi faktörlerden etkilenmekte, algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Donabedian (1980) kaliteli sağlık hizmetini, hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması şeklinde ifade etmiştir.

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli sağlık hizmetini; “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır (Kayral, 2014).

ABD Tıp Enstitüsü tarafından 1990’da ifade edilen tanıma göre ise, sağlık hizmetlerinin kalitesi, “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan

sağlık durumlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” şeklinde tanımlanmıştır (Kaya, 2005).

Sağlık hizmetlerinde kalite; bir cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste gerçek acil bakımının verilmesi, klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların elimine edilmesi, günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojisinden yararlanılması, hekim-hasta ilişkilerinin ve işgören-hasta ilişkilerinin belli bir düzeyde olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilebilir (Odabaşı ve Oyman, 2008).

Sağlıkta kalite, doğru hastaya, doğru zamanda, doğru tedavinin uygulanmasıdır. Hizmet sunumunda hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmesidir. Sağlık hizmetlerinde kalite; “bireylere ve toplumlara eldeki mevcut profesyonel bilgi doğrultusunda arzu edilen sağlık çıktıların verilmesi” olarak ifade edilebilir (Yurtsever, 2015).

Sağlık hizmetinde kalitenin kesin bir tanımı yapılamamasına rağmen, tartışmalarda hizmet kullanıcılarının sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan memnun edilmesine odaklanılmaktadır (Tarım, 2000). Yurtsever (2013) sağlık hizmetlerinde kalite kavramını “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” olarak ifade etmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi daha iyi anlamak boyutlarını ifade edebilmekle mümkündür. Literatürde sağlık hizmet kalitesinin boyutlarını ortaya koyan birçok çalışmaya rastlamak mümkündür.

Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde, sağlık işletmesi müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Babakus ve Mangold 1992; Anderson ve Zwingling, 1996; Lim ve Tang 2000; Conway ve Willcocks, 1997). Babakus ve Mangold’a göre (1992) SERVQUAL Modeli her ne kadar fonksiyonel kaliteyi ölçme amacına yönelik olarak geliştirilmiş olsa da, sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalite, doğru tanı ve prosedürler olmaksızın ortaya konulamayacaktır. Araştırmacılara göre

hizmet işletmelerinde uzun dönemli bir başarı için, hem fonksiyonel kaliteyi hem de teknik kaliteyi verimli bir şekilde organize etmek gerekmektedir.

Mowen ve arkadaşları (1993) sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi boyutlarının, hastaların algısı üzerinde çok fazla etkisi olduğu görüşünün duruma bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar, SERVQUAL Modelini kullanarak bir sağlık işletmesinin acil odasında bekleyen hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki değerlendirmelerini incelemişlerdir. Öncelikle hastalar iki gruba ayrılmıştır. Birinci gruba doktoru ne kadar bekleyecekleri söylenmiş, diğer gruba ise herhangi bir açıklama yapılmamıştır. Daha sonra SERVQUAL Modeli kullanılarak, posta yoluyla hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki algılarının sorulduğu araştırma sonuçları; ne kadar bekleyeceği söylenen ve bekleme süresi hakkında gerçekçi bilgi aldığına inanan hastaların tatmin düzeylerinin ve hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan aynı araştırmada güven kalite boyutu, acil servis hastaları tarafından en fazla önem verilen hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

McAlexander ve Kaldenberg (1994) tarafından SERVQUAL Modeli kullanılarak yapılan başka bir araştırmada, dış hastalarının sağlık işletmesinin toplam hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerinin, hizmet sunanların performansından büyük ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir

Sağlık sektöründe kullanılan hizmet kalitesi boyutları genellikle fiziksel olanaklar, kaynaklar, kabul, işten çıkarma, maliyet, güven, giriş, empati, güvenilirlik, sorumluluk, yiyecek, süreklilik olarak ifade edilmektedir (Clemes ve diğ.,2001). Ovretveit'e göre (1998) sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır: Müşteri kalitesi, profesyonel kalite, yönetim kalitesidir. 2.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı ve Müşteri Memnuniyeti

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı

Müşteri kavramı sözlükte; “hizmet, mal veya fikir satın alan ve karşılığında ücret ödeyen kimse” şeklinde tanımlanmaktadır.⁶ Bu bakımdan sağlık hizmetlerinde

6

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.565d8e61794702.90464287 (Erişim Tarihi 12.01.2015)

müşteri kavramı, sağlık hizmetini alan “hasta” olarak tanımlanabilir. Hasta ise, fiziksel ya da psikolojik yönden sağlam olmayan, sosyal ve ekonomik açıdan üretimde bulunamayan kişidir. (Yurtsever, 2015).

İzci ve Saydan’a göre (2013) sağlık hizmeti sunan işletmelerde müşteri “hasta” olarak görülmektedir. Ancak bu işletmeler için hasta dışında birçok müşteriden söz etmek mümkündür. Sağlık işletmelerinde çalışanlar ve sağlık işletmesiyle ilişkisi bulunan diğer işletmeler, kişi veya gruplar iç müşteriyi oluştururken; sağlık işletmelerinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak hizmet alan kişi, grup veya kurumlar dış müşteri kavramını oluşturmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları ile organik ilişkisi bulunan ilaç firmaları, tıbbi malzeme firmaları, eczaneler, hasta yakınları ve hizmet alımı yolu ile sağlanan laboratuvar hizmet alımları, görüntüleme hizmet alımları, yemek, güvenlik, veri hazırlama, temizlik hizmet alımları vb. gibi müşterilerden dış müşteri olarak söz etmek mümkündür (Tengilimoğlu, 2012).

Thomas (2003) sağlık hizmetlerinde müşteri, tüketici ve hasta kavramlarının birbirinin yerine kullanılsa bile sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı aynı anlamda kullanılamayacağını ifade etmiştir. Thomas, buna gerekçe olarak, yardım talebinde bulunan kişinin (hastanın) pasif ve zorunlu olmasını belirtmiştir. Deber ve arkadaşları (2005) ise 606 hasta üzerinde yapmış oldukları araştırmada, hastaların büyük çoğunluğu kendilerine tüketici, müşteri ya da partner yerine “hasta” olarak hitap edilmesini tercih ettiklerini ortaya koymuşlardır. Taylor ve Cronin’e göre (1994) sağlık hizmetlerinde artan rekabetçi sağlık pazarın son zamanlarda, hasta algılamaları üzerine daha fazla eğilmeyi gerekli kılmaya başlamıştır.

Sağlık hizmeti sunanlar, giderek karmaşıklaşan hasta istek ve beklentileri ile yüzleşerek onların istek ve beklentilerine daha fazla yoğunlaşmaya başlamışlardır. Böylece hasta, müşteri olarak ele alınmaya başlanmıştır. Bu araştırmada, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler tüm toplumu oluşturduğu varsayımıyla hasta ve müşteri kavramları, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler manasında birlikte kullanılmıştır.

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti

Geçmişten günümüze modern pazarlama anlayışına ulaşıncaya kadar işletmelerin müşterilere bakış açıları değişiklik göstermiştir. Arzın düşük olduğu

dönemlerde tüm dikkatlerin üretime, satışın büyük bir sorun haline geldiği dönemlerde tüm dikkatlerin satış arttırıcı stratejilere, rekabetin arttığı ve tüketicilerin bilinçlendiği dönemlerde ise müşterilerin daha fazla dikkate alındığı modern pazarlama anlayışına yönelmeler olmuştur. “Müşteri velinimetimizdir” sloganlarının işletmelerde telaffuz edildiği modern pazarlama döneminden sonrada toplumun istek ve ihtiyaçlarına önem veren bir felsefe gelişmeye başlamıştır. General Electric’in ünlü genel müdürü Jack Welch müşterilerin önemini çalışanlarına anlatabilmek için söylediği şu sözleri müşteri memnuniyetinin işletmeler tarafından ne kadar değerli olduğunu göstermektedir (Saydan, 2010):

“şirketler iş güvencesi vermezler, iş güvencesini sadece müşteriler verebilirler”.

Hizmetlerin özellikleri itibari ile üretim ve tüketiminin eş zamanlı gerçekleştirilmesi, tüketimi gerçekleştiren kişinin üretim sürecine müdahil olması, farklı zamanlarda veya farklı kişilerden alınan hizmetlerin kalite algısının farklı olması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenlerden ötürü bir hizmet sektöründe yer alan sağlık kuruluşlarının en temel sermayesi ve stratejik üretim faktörü olan sağlık çalışanları müşteri memnuniyeti noktasından büyük öneme sahiptir (Dündar, 2010).

İşletmelerin sürekli ve yüksek bir kar elde edebilmeleri müşteri memnuniyetinden ve buna bağlı olarak da müşteri sadakati yoluyla müşteri kitlesinin ihtiyaçlarına cevap vermekten geçer (Saydan, 2010). Genel olarak memnun olan bir müşteri, uzun süre işletmeye bağlı, yeni ürünleri satın alan, işletme ve ürünleri hakkında olumlu konuşan, rakip markalara daha az önem veren, fiyata daha az duyarlı, işletmeye ürünler hakkında fikirler öneren kişilerdir (Kotler ve Keller, 2008).

Sağlık hizmet sektöründe de çoğu işletme tüketici araştırmalarından hareketle müşteri memnuniyetini sağlamanın, uzun dönemde başarılı olabilmek ve hayatta kalabilmek için stratejik bir anahtar ve önemli bir belirleyici olduğunun farkına varmaya başlamışlardır (Andaleeb, 1998).

Müşteri memnuniyeti ile ilgili literatürde birçok tanıma rastlamak mümkündür. Müşteri memnuniyeti kavramı, satın alma sonrasında “tekrar satın alma, müşteri tutum değişiklikleri, marka bağımlılığı vb.” konuları açısından pazarlama biliminin merkezi konumunu oluşturmaktadır (Churchill ve Surprenant, 1982). Müşteri memnuniyeti, en

temel anlamıyla işletmelerin tüketicilerin isteklerini, ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılama sürecidir. Müşterilerin ürünlerden beklentileri ve algıları sonucu ortaya memnuniyet kavramının çıktığını belirten tanımlamalara göre;

Kotler ve Armstrong (2004) müşteri memnuniyetini, bir kişinin herhangi bir üründen algıladığı performansın sonucu ya da beklentisinin çıktısı olarak tanımlamışlardır. Zeithaml ve Bitner'e (2003) göre ise müşteri, satın aldığı ürün veya hizmetleri değerlendirirken kendi ihtiyaç ve beklentilerini karşılama düzeylerini dikkate almaktadır.

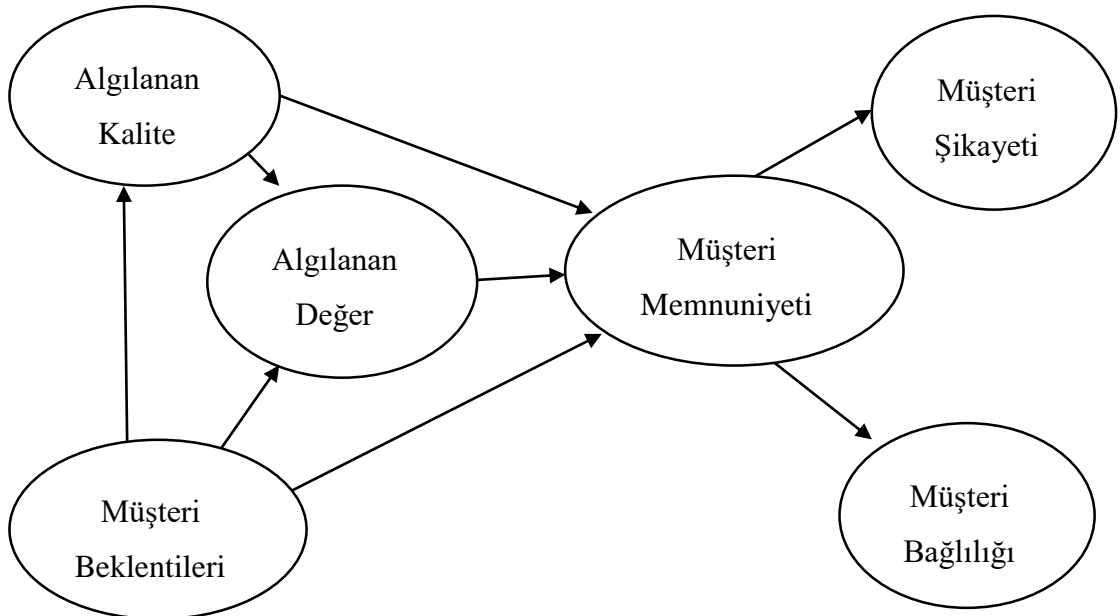
Müşteri memnuniyetinin deneyim sonrası oluşmasıyla ilgili Choi ve arkadaşlarının yaptığı tanıma göre; memnuniyet bir tüketicinin, spesifik bir tüketim deneyimiyle ilgili olarak edindiği duygulardır. Bu tanım, memnuniyetin tüketici tarafından sunulan hizmetin çıktıları ve tüketicinin deneyim sahibi olduğu hizmeti değerlendirmesinin bir sonucu olduğu anlamına gelmektedir (Choi ve diğ., 2005).

Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti incelenirken sağlık hizmetinin bir süreç olarak ele alındığı ve hastanın değerlendirmelerinin bu süreç boyunca değişebileceği göz ardı edilmemelidir (Yaşa, 2012). Çünkü hasta bireyin algı durumu sürekli değişebilmekte, sağlıklı bireye göre çevresinden daha olumlu ya da olumsuz etkilenmekte ve tepkileri de bu yönde gelişmektedir. Bireyin algılarındaki değişiklik memnuniyetine de yansımaktadır. Bu bağlamda, hasta memnuniyeti, hastanın hizmetten beklediği fayda ve performans, katlanmaktan kurtulduğu külfet ile sunumun sosyokültürel değerlere uygunluğu şeklinde tanımlanabilir (Yurtsever, 2015). Hatta devam eden bir tedavi sürecinde bile hasta memnuniyetinin en önemli göstergesi tüketicilerin sağlık hizmetini sunan kurum ya da kişiyi tekrar isteyip istemedikleridir (Fitzpatric, 1991).

Yukarıda yapılan tanımlamalar ışığında sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetinin gerçekleştirilebilmesi için işletmelere büyük görev düştüğü anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda müşteri memnuniyetinin sağlanması bazı ilkelere bağlıdır. Sağlık hizmet kurumlarının müşteri memnuniyetini sağlama konusunda Roderick (1994) müşteri memnuniyeti kavramını beş ana ilkeyle ilişkilendirilmektedir: Bunlardan birincisi, müşteri memnuniyetinin sağlanmasında yönetimin önemli bir role sahip olmasıdır. Nitekim işletme yönetiminin değişen ve

gelişen hizmet sektörü içerisinde, müşterilerin sürekli yenilenen istek ve ihtiyaçlarını saptayıp, sunduğu hizmetin kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapması gerekmektedir. İkinci olarak, müşteri memnuniyeti işletmenin karlılığı açısından önemli bir unsurdur. Tatmin olmuş müşteri, yakınlarına yapacağı tavsiyelerle birçok müşteri sağlayabilecektir. Üçüncü ilke tüm işletme organizasyonunu içine alan ilkedir. Buna göre müşterinin, işletmenin bazı hizmetlerinden memnun olup, bazılarında memnun olmaması, hizmet kalitesinin aksadığını gösterir ki, bu da işletmenin sunduğu hizmetlerin genelinde müşteri memnuniyetinin etkisini düşürmektedir. Müşteri memnuniyeti için işletmelerin sürekli kendilerini yenileyerek geliştirmelerinin gerekliliği şartı dördüncü sıradadır. Beşinci sırada ise işletmelerde müşteri memnuniyeti ölçümünün büyük bir özveri ve hassasiyetle yapılmasını sağlayarak sunulan hizmetin kalitesini arttırmak gelmektedir. Bakır (2006), bu beş ilkenin sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetini etkilemede önemli bir role sahip olduğunu belirtmiştir.

Müşteri memnuniyetini ölçmek için literatürde birçok yöntem olduğu görülmektedir. Bu yöntemlerden birisi de dünyanın bir çok yerinde kullanılan Amerikan Müşteri Memnuniyeti Ölçme Endeksi'dir (Şekil 2.5.).



Şekil 2.5. Amerikan Müşteri Memnuniyeti Ölçme Endeksi (ACSI)

Kaynak; Fornell ve diğ., 1996, The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings

Şekil 2.5. incelendiğinde Amerikan Müşteri Memnuniyeti Ölçme Endeksi (ACSI) görülmektedir. Amerikan Müşteri Memnuniyeti Ölçme Endeksi firmalar, endüstriler, sektörler ve ulusal ekonomilerde piyasa tabanlı performans ölçümü için oluşturulmuş bir modeldir. Birçok işletme kıyaslama çalışmalarında (benchmarking), ekonometrik endeksleri tahmin etmede, ulusal çapta veri seti olarak bu endeksi kullanmaktadır. Türkiye’de de kullanılan bu endeks müşteri beklentileri ve algılanan kalite ile müşteri memnuniyetini ölçmektedir.

Sağlık hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti sadece tüketiciler için fayda sağlamamaktadır. İşletmeler içinde birtakım faydalar sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde müşteri (hasta) memnuniyetinin önemini işletmeler açısından dört başlık altında ifade etmek mümkündür (Özer ve Çakıl, 2007). Bunlar;

- Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir, hasta tatmini ölçüm sonuçları kuruma ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlar.
- Sağlık kuruluşlarına üstünlük ve zayıflıklarını görme olanağı sağlar.
- Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir.
- Aldığı hizmetten tatmin olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlardan daha çok başkalarıyla paylaşmaktadırlar.

Kotler ve Lee’de (2007) müşteri memnuniyetinin işletmeler açısından operasyonel verimliliği arttırmak için önemli olduğunu belirtmektedirler. Örneğin hastaların randevularına gelmeleri veya zamanında gelmeleri, gelirken önemli kayıt bilgilerini getirmeleri sonucunda daha fazla verimlilik arayışında olan hastaneler bu fırsatı değerlendirmelidirler. Bazı Toplum Sağlığı klinikleri tedavi planlarını uyulmasını sağlamak üzere takip amaçlı telefonlar, hatta ziyaretleri için motivasyonu ve desteği arttıran standartları geliştirmiş ve uygulamışlardır (Çev:Chalar, 2007). Böylece sağlık kurumları müşteri memnuniyeti sağlayarak hizmet üretimi için daha az kaynak ayıracaklardır. Sağlık harcamalarının arttığı günümüzde operasyonel verimliliğe önem vermek bu sebeple önem arz etmektedir. Türkiye’de 1999 yılında toplam sağlık harcaması 5 milyon TL’ye yakınken, 2012 yılında bu oran 76 milyon TL seviyesine yükselmiştir (TÜİK). Bu doğrultuda müşteri memnuniyetini arttıracak,

işlemleri zaman ve adet olarak azaltacak birtakım düzenlemelerin yapılması kaçınılmazdır. Özellikle hastanelerde oluşacak zaman kayıplarının minimuma indirilmesi ve kaynak verimliliğinin artırılması için hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin geliştirilmesi gerekmektedir.

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyeti, hastanın biyolojik ve fiziksel sonuçlarının ölçülmesi kadar onun, tüm yaşam kalitesi, genel sağlık algılamaları, fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonları gibi çeşitli ölçümleri kapsamaktadır. Ayrıca hastanın tedavi ve bakım beklentileri, hasta için memnuniyet standardı oluşturmaktadır (Powers ve Bendall, 2003).

Sağlık hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti üzerine yapılan araştırmalarda çeşitli modellerin oluşturulduğu ve bu modellerin önemlerinin açıklandığı görülmektedir. Press ve Ganey'in (1989) 49 ifadeden oluşan "temel sorular", Amerika hastane birliğinin kullandığı 68 ifadeli "hasta değerlendirme sistemi", SERVQUAL ölçeğini temel alan çalışmalar, Woodside ve arkadaşları (1987) tarafından müşteri memnuniyetini açıklamak için kullanılan teoriler, Boscarino'nun (1992) müşteri memnuniyetini açıklamak için iletişim, sosyo-ekonomik durum, sınıf, bölge ile ilişkilendirdiği faktörler literatürde ortaya konulan çalışmalara verilebilecek örneklerdir (Andaleeb, 1998).

Hasta memnuniyetini etkileyen çeşitli faktörleri anlamak için araştırmacılar birçok boyut ortaya koymuşlardır. Müşteri memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer boyutlar çıkmasına karşılık farklı bakış açıları da ortaya çıkmıştır. Bu boyutlar, hastaların sağlık hizmeti kalitesini değerlendirirken dikkate aldıkları doktor, hemşire ve diğer çalışanların ilgisi ve fiziksel şartlar gibi çeşitli sağlık hizmetleridir (Yurtsever, 2015).

Kavuncubaşı (2000) son dönemde yapılan birçok araştırmada, bu boyutların çoğunun hasta memnuniyetini etkilediğinin açık bir şekilde ortaya konulduğunu belirtmiştir. Örneğin yapılan bir araştırmada müşteri memnuniyetini en fazla etkileyen faktörün çalışanların tavrı ve yeterlilikleri olduğu ortaya çıkmıştır. Daha sonra hastanenin ücretlendirme politikaları gelirken, fiziksel görünüm ve iletişim önem derecesine sahip son faktörler olarak ortaya çıkmıştır (Andaleeb, 1998). Padma

ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ise imaj, güvenilirlik ve tıbbi altyapının müşteri memnuniyetini doğrudan etkilediği ortaya çıkmıştır.

Yapılan araştırmalarda, sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyen faktörler; hastaya ilişkin özellikler, hizmet verenlere ilişkin özellikler ve çevresel ya da kurumsal faktörler olarak ifade edilmekle birlikte (İpek, 2010; Öksüz, 2010), sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetinin değerlendirilmesinde, dokuz boyutun sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Yaşa, 2012). Bunlar (Tınmaz, 2008; Leebov ve Scott,1994; Gupta, 2008; Milutinovic ve diğ., 2010; Aktaran: Yaşa, 2012; Andaleeb, 1998):

- Hasta-doktor ilişkisi: Hastaların, hastane içerisinde ve dışında doktorlar hakkındaki değerlendirmeleri iki ana konu etrafında yoğunlaşmaktadır. Birincisi tıbbi bakımın teknolojik ve profesyonel yönü, ikincisi doktorun hastaya karşı tutumu ve iletişim yeteneğidir. Son yıllarda hastaların, ikinci yön olan, iletişimle ilgili değerlendirmeleri ve buna verdikleri önem ilk yöne göre ağır basmaktadır. Hastalar doktorların verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket, güler yüz ve saygı gösterme gibi davranışlarına dikkat etmektedirler.
- Hasta-hemşire ilişkisi: Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süresi boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel grubu hemşirelerdir (Milutinovic ve diğ., 2010). Bu nedenle, hemşire davranışlarının hasta tatminindeki rolü son derece önemlidir. Hemşirelerin, güler yüzlü, nazik ve saygılı davranışları, hasta memnuniyetini olumlu yönde etkiler. Doktor hasta ilişkisinde olduğu gibi, hasta hemşire ilişkisi de birçok faktörden etkilenmektedir. Bu ilişki, hastanın çeşitli özellikleri ile etkilenebildiği gibi; sistemdeki etkileşimin yeterli olmaması, iyi ve doğru kayıtlarla işlemlerin ve sorumlulukların yerine getirilmemesi gibi nedenlerden veya hemşirenin duyguları ve tepkileri, eğitimi, kişisel özellikleri gibi etmenlerden de etkilenebilmektedir.
- Hasta-diğer hastane personeli ilişkisi: Hastaların sağlık personeliyle ilişkilerinin niteliği, memnuniyetini önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık personelinin hastalarla konuşma biçimleri, onlara iyi davranıp

davranmamaları, hastaların onlarla ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini belirler. Hastanede çalışan personelin kişilik özellikleri de, hastaya karşı davranışını etkilemektedir. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlama ve tedavisinde daha çok uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır.

- Doktorun hastayı bilgilendirmesi: Hasta ve yakınlarının doktorlar tarafından yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, alacağı tedavi konusunda doktorla beraber karar vermesi kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesini sağlamaktadır. Çünkü hastalar sağlık durumlarını ve rahatsızlıklarıyla ilgili nasıl bir tedavi sürecinden geçeceklerini merak etmektedirler. Hastalarla doktorlar arasındaki iletişim hastaların sağlık hizmet kalitesinden algıladıkları memnuniyet düzeyini yükseltebilir. Bu konu ile ilgili Andaleeb'in yaptığı araştırmada "hastalar tarafından kaliteli bir iletişim algısının memnuniyet düzeyini arttıracığı" yönünde bir sonuç elde edilmiştir.
- Yemek Hizmetleri: Yapılan memnuniyet araştırmalarında, sağlık kurumundan taburcu olan hastaların en fazla hatırladıkları bölüm yemek hizmetleridir. Hastalar yemeğin sadece kalitesini değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler.
- Fiziksel ve çevresel koşullar: Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları bireylerin çok üzerinde durdukları ve önem verdikleri tatmin boyutlarından biridir. Düzensiz ve yetersiz hasta odaları ile bakımsız bir hastane hastaların şikâyet nedeni ve tatminsizlik unsuru olmakta, hastanenin yeniden tercih edilme şansını olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel ortam hizmet satın alımı öncesinde aranan ipuçlarını vermesi bakımından önemli bir kaynaktır.
- Bürokrasi: Hasta memnuniyetinin sağlanmasında zaman faktörü önemlidir. Zamana ilişkin hasta memnuniyetsizlikleri, hastanın teşhisi aşamasından sonra hastaneye yatış sırasında ve tedavi sırasında olmak üzere üç şekilde ortaya çıkmaktadır. Bürokrasi, her üç aşamada da zaman kaybına neden olan

önemli bir tatminsizlik kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bekleme sürelerinin uzunluğu, randevu alınmasıyla gerçekleşmesi arasındaki zaman kayıpları da bu tatminsizlik kaynakları arasında gösterilmektedir. Sağlık hizmet kuruluşları hastaların kuruluşa gelmeden önce, geldiğinde ve kuruluştan ayrıldıktan sonraki zaman kavramını ilgilendiren tüm süreçleri kontrol edebilmelidir.

- **Güven:** Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Ayrıca, hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet, hastanın hastalığı hakkında doktor ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunmasıdır. Hasta mahremiyetinin korunması temel hasta hakkıdır.
- **Ücret:** Hastaların bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarının niteliği de hastaların değerlendirme kriterlerini etkileyebilmektedir. Hizmeti karşılama mali sıkıntısı olmayan sosyal güvence kuruluşlarına bağlı hastaların, maliyetlere karşı daha kayıtsız olduğu belirlenmiştir. Andaleeb'in (1998) yaptığı çalışmada hastanelerin aşırı maliyetli olması müşteri memnuniyeti seviyesini düşüreceği ortaya çıkmıştır.

Yukarıda ortaya konulan sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti boyutlarında en fazla söz edilen şüphesiz hasta-personel ilişkisidir. Sağlık sektörü bir hizmet sektörü olması nedeniyle sermayesi insandır. Bu sebeple müşterilerin doktor, hemşire, diğer yardımcı sağlık personeli ile iletişim içerisinde olması kaçınılmazdır. Kısacası yukarıda ifade edilen müşteri memnuniyeti boyutlarının çoğunluğu müşteri-çalışan ilişkisini oluşturmaktadır.

Yukarıda ifade edilen boyutların yanı sıra fiziksel ortamın veya çevrenin etkili olduğu ile ilgili yapılan araştırmaları da görmek mümkündür. Piligrimiene ve Rutelione (2013) yapmış oldukları araştırmada, sağlık hizmetinden yararlanan müşteriler için hizmet yönlerini ortaya koymuşlardır. Bu yönlerden birincisi, sağlık hizmetinin nerede sunulduyuyla ilgili hizmet çevresi ve fiziksel yönleri oluşturmaktadır. İkinci yön ise hizmetin nasıl sunulduyuyla ilgili kişiler arası ilişkileri kapsamaktadır.

Reidenbach ve Beverly (1990) ise yapmış oldukları araştırmada, ayakta hasta, yatan hasta ve acil servis hastalarında müşteri memnuniyetine etki eden en önemli değişkenin hastanın kuruma ve personele duymuş olduğu güven olduğunu ortaya koymuşlardır.

Bendapudi ve arkadaşlarına (2006) göre hastalar genellikle almış oldukları sağlık hizmetini üç tip ipucu üzerinden değerlendirmektedirler. Bunlar:

- İşlevsel ipuçları: Sunulan hizmetin teknik kalitesi ile ilgilidir. Hizmetin teknik kalitesi, eksiklikleri ve fazlalıkları ile hatırlanan her özellik işlevsel bir ipucudur. Örneğin hasta için kaybolmuş bir laboratuvar sonuç raporu olumsuz yönde bir işlevsel ipucudur. Ancak hastanın alerji durumunu kontrol edip ilaç yazmak olumlu yönde bir işlevsel ipucudur.
- Mekanik ipuçları: Hizmet alımında elle tutulamayan şeyleri ifade etmektedir. Görüntü, koku, ses ve tat gibi şeyleri içermektedir. Verilen tıbbi hizmetin rahatlık, düzenlilik, temizlik, modernlik ve gürültü durumu gibi özellikleri mekanik ipuçlarıdır.
- İnsani ipuçları: Hizmet verenlerin davranış ve görüntüsünden, ses tonundan, hizmet vermeye isteklilik halinden, kullandığı kelimelerden, beden dilinden, hatta üzerine giydiği kıyafetten elde edilen ipuçlarıdır.

Yukarıda sayılan müşteri memnuniyetini etkileyen tüm boyutlar düşünüldüğünde müşteri-çalışan ilişkilerinin ve fiziksel çevrenin etkili olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda sağlık hizmet sektörünün vazgeçilmez insan kaynağı olan doktorlar ile müşteriler arasındaki ilişkinin de araştırılması önemlidir.

2.4. Müşteri (Hasta)- Doktor İletişimi ve Doktor İmajı

2.4.1. Müşteri (Hasta)- Doktor İletişimi

Hastalarla iletişim kurmak onların iyileşme sürecinde çok önemli bir etki oluşturmaktadır. Eğer bir hasta kendisini sağlık durumuyla ilgili bilgisiz, belirsiz ve yabancılaşmış hissederse iyileşmesi daha uzun sürebilir. Hastaların sağlık durumları ile ilgili soru sorabilmesi ve ilgili kişilere danışabilmesi belirsizlik hissini ortadan kaldıracaktır (Andaleeb, 1998).

Literatürde doktor hasta iletişimi ile ilgili yapılan araştırmalarda genel olarak dört ana başlık göze çarpmaktadır (Williams ve Dale, 1998). Bunlar;

- Doktor ve/veya hasta tarafından bilgi sağlanması,
- Doktorların ve hastaların davranışları ile ilgili bilgi araştırması,
- Doktor-hasta ilişkisi ve doktor-hasta tarafından pozitif/negatif ifadeler,
- Doktorların iletişim sitedir.

Williams ve Dale (1998) yapmış olduğu çalışmada yukarıdaki ana başlıklarla ilgili literatürde yer alan doktor ve hasta yönlü faktörleri ortaya çıkarmıştır. Bu doğrultuda iletişimin hem doktor hem de hasta tarafından kurulması söz konusudur. Yani hasta sorununun çözümü için iletişim ihtiyacı duyarken, doktor da hastanın iyileşebilmesi için iletişime ihtiyaç duymaktadır.

Black ve Gruen'e (2005) göre sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bir müşterinin rahatsızlığı tanımlanırken iki yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar; öz değerlendirme ve profesyonel değerlendirmedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Öz değerlendirme, bireyin kendi hastalığı ile ilgili yapmış olduğu değerlendirme olup adeta bireyin kendini teşhis etmesidir. Bu durum sağlık hizmeti ihtiyacına yol açmaktadır. Fakat bu teşhis her zaman doğruyu yansıtmayabilmektedir. Yani her bireyin hastalığı ile ilgili algısı bir hastalık belirtisi olabileceği gibi normal bir durumda olabilir. Profesyonel değerlendirme ise doktorlar tarafından gerekli tahlil, tetkik veya muayene sonucu hastalık belirtisi olan kişiye teşhis konulmasıdır. Hasta veya hastalık, kişilerin bedensel veya ruhsal durumlarında bozulmaların sonucu meydana gelen rahatsızlıklardır. İşte, kişilerin durumlarını değerlendirip gerekli tahlil ve tetkik isteminde bulunup, sonucunda hastaya teşhis koyan ve hastayı tedavi eden kişi, doktor olarak tanımlanmaktadır.

Doktorun hastayı muayene etmesindeki en önemli amaç, hastanın sağlık problemini çözmektir. Bu anlamda bilgi alışverişi önemli bir araçtır. Hatta hastalara teşhis koyma sürecinin en önemli parçası hastaların geçmişleriyle ilgili bilgi alışverişinde bulunmaktır. Putanam'a (1985) göre teşhislerin % 56-85'i hastaların geçmişinin bilinmesiyle konulmaktadır (Aktaran: Bensing, 1991). Doktorun hastayı muayene etme sürecinde hastaya yeterli ve doğru soru sorması, psiko- sosyal ve yaşam

tarzı ile ilgili sorular sorması, kapalı uçlu ve açık uçlu sorular sorması ve hastanın kendisini rahat bir şekilde anlatabileceği bir atmosfer oluşturması önemlidir.

Hastaların vereceği bilgilerin yanında doktorlarında hastaları bilgilendirmesi önemlidir. Yapılan bir araştırmada kurumsal imaj oluşumuna etki eden kurumsal iletişim algısına yönelik değişkenler arasında en yüksek ortalamanın “doktorların hastalara teşhis, tedavi ve tetkiklerde hastaların anlayacağı düzeyde yeterince bilgi vermeleri” kriterine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca yapılan araştırmada, kurumsal iletişim boyutunda incelemeye dâhil olan hastaların en yüksek oranda katılım gösterdikleri ifade, “doktorların yapılan ve yapılacaklar hakkında hastayı anlayacağı bir dille bilgilendirmesi” ifadesidir (Bal, 2011). Bu araştırmalar doktorun hastayı bilgilendirmesinin sağlık hizmet sunucuları için önemini ortaya koymaktadır.

Doktor hasta arasında başlayan ve devam eden iletişimin birçok boyutundan söz etmek mümkündür. Bensing’e (1991) göre doktor-hasta iletişimde ortaya çıkan davranışları duygusal davranış ve ensturmental davranış olarak ayırt etmek mümkündür. Ensturmental davranış; doktorun hastayı muayene ettiği süre içerisinde yapılan bilgi alışverişi ile hastalığın ortaya çıkarılmasıdır. Bu bilgi alışverişinde hasta geçmişi, doktorun hastaya bilgi vermesi, karşılıklı anlaşma, sistematik bir şekilde muayenenin gidişatını yapılandırma bulunmaktadır. Duygusal davranış ise doktorun hastaların isteklerine cevap verirken onların hislerini anlayabilmek için oluşturulan doktor-hasta ilişkisini ifade eder. Yani hastalarla sosyal ilişkiler, terapatik (tedavi edici, empati, sıcaklık, özgünlük vb.) ilişkiler ve eşitlikçi ilişkiler kurulmasıdır (Bensing, 1991). Örneğin bir doktor kişisel görüşlerini belirtirken gülümseyerek veya şaka yaparak rahat bir atmosfer oluşturmalıdır. Hastayı muayene ederken ona övgü ya da onay işaretleri vermelidir. Bu durum, hasta ile doktor arasında sosyal bir ilişki oluşmasına sebep olur (Hall ve Roter,1988). Doktor-hasta arasındaki sosyal ilişki, Hippocrates’in MÖ. IV. yüzyılda belirttiği şu sözlerle daha iyi anlaşılabilir:

“hastayı, tehlikeli durumunun bilincinde olmasına rağmen doktorun iyiliği ve hoşnutluğu sayesinde basit bir şekilde sağlığını geri kazanabilirsiniz.”

Doktor-hasta ilişkisi ile ilgili yukarıda bahsedilen olumlu noktaların yanında doktorların hastalarına karşı olumsuz davranış sergilemesi de bir takım sonuçlara neden olmaktadır.

Hastalar mümkün olduğu kadar fazla bilgi isterler. Fakat doktorlar bu önceliği sıklıkla gerçekleştirmezler. Çünkü doktorlar hastaların bilgilenme arzularını küçümserler (Waitzkin ve Britt, 1989). Fochsen ve diğ., (2006) ise yaptıkları araştırmada doktor hasta ilişkisinde doktorların hastalarına karşı otoriter bir tavır takındıkları belirtilmiştir. Hak ve diğerleri (2000) yapmış oldukları bir çalışmada, doktorlar ve hastalar arasında bahsedilmeyen konuların olduğu, bunların içinde kanser sonucu ölüm kelimesinin kullanılmaması ile ilgili her iki tarafında sanki gizli bir anlaşma yaptıkları ortaya çıkmıştır. Kruger ve Gerber (1998) ise hasta ve doktor arasındaki ilişkinin başarılı veya başarısız olduğu iki durumdan bahsetmek gerekir. Hasta ve doktor arasında ilişkinin başarısız olduğu durumlarda doktorlar kendilerini korumakta, suçluluk duymakta, utanmakta ve kendilerini cezalandırmakta, suçu inkâr etmekte, tedavinin başarısızlığını ve yaşananların anlamsız olduğunu belirtmektedirler. Hasta ve doktor arasında ilişkinin başarılı olduğu durumlarda ise doktorlarda topluluk ve paylaşım duygusunun güçlendiği, kendisini kabul ettirme duygusu hissettikleri, tıp bilimine yeni düşünceler kazandırma ve gelecek için umut içerisinde olma yönünde anlamlı duygular besledikleri ortaya çıkmıştır.

Doktor-hasta ilişkisinin olumsuz olması sadece yukarıda bahsedilen durumları ortaya çıkarmamaktadır. Yapılan bir araştırmada yanlış tedavi sonucu açılan davaların %71'inin doktor-hasta etkileşiminin zayıf olmasından kaynaklandığı ortaya çıkmıştır (Beckman ve diğ., 1994). Doktor ve hasta arasındaki olumsuz iletişimi ortadan kaldırmanın yolu ortak algıların oluşturulmasıdır. Doktorlara ilişkin olumsuz algıların değişmesi, hastaların kişisel ve kurumsal deneyimlerinde yaşayacakları farklı düşünsel, duygusal ve davranışsal tutum öğelerinin oluşturulması ile mümkün olabilir. (Söylet ve Mengü, 2011). Tüm bu sebepler düşünüldüğünde müşteri memnuniyetini sağlamada doktorların davranış ve iletişim stillerinin, toplum tarafından algılanan imajlarının ortaya çıkarılması önemlidir.

2.4.2. Doktor İmajı

İnsanların yaşadıkları çevrede bulunan objeler, nesnelere, kişiler, kurumlar vb. diğer varlıklarla ilgili olumlu ya da olumsuz düşünceleri, yargıları bulunmaktadır. Rekabetin ve bilgi teknolojilerinin giderek önem kazandığı günümüzde insanların zihninde yer edebilmek şüphesiz işletmeler için vazgeçilmez bir araçtır. Özellikle

internet ağı büyük dünyayı küçük bir köy haline getirmesi ile insanların zihinlerinde imaj oluşturmayı kolaylaştırmıştır. İmaj, insanoğlunun çeşitli kanallardan elde ettiği bilgi ve verileri yorumlamasıyla, değerlendirmesiyle oluşmaktadır (Tolungüç, 2000). İletişimin ve etkileşimin arttığı günümüzde bir imaj, nesnel gerçek üzerine kurulu mantık değil, gerçek üzerine kurulu umutlar ve korkular biçiminde ortaya çıkmaktadır (Söylet ve Mengü, 2011). Özellikle sağlık hizmet sektörünün emek yoğun olması tüketicilerin çalışanlarla etkileşimini kaçınılmaz kılmaktadır.

Literatürde birçok anlam yüklenerek günümüze süregelen imaj kavramı, ilk kez 1955 yılında Sidney Levy tarafından tanımlanmıştır. Sidney Levy imaj kavramını, “kişi ve grupların belli objeler hakkındaki inanç, tutum ve izlenimlerinin toplamı” olarak tanımlamıştır (Kurtuldu ve Keskin, 2002).

Bir meslek grubunda çalışanlar için toplumda var olan imaj şüphesiz büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda işletmeler ne kadar mükemmel ürün çıkarırsa çıkarsın, kurumsal imajla alakalı faaliyetleri ne şekilde yerine getirirse getirsin, eğer çalışanlar müşteriyle olumlu iletişim kurmuyorsa yapılan işlemler hiçbir anlam ifade etmeyebilir (Bal, 2011).

Meslek imajı bir grubun toplum tarafından değerlendirilmesi ve bu değerlerin yaygın biçimde kabul edilmesiyle ilgilidir (Emiroğlu, 2000). Bireyler herhangi bir meslek üyesinde gördükleri veya yaşadıkları bir deneyimden yola çıkarak o meslek ve üyeleri hakkında bir sonuca varmaktadırlar (Çelik ve diğ., 2013). Bu sebeple sağlık hizmet sektöründe çalışan doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları sağlık tüketicileriyle sürekli iletişim halinde oldukları için toplumun zihninde kendileri ile ilgili bir imaj mevcuttur. Örneğin hemşirelik imajı ile ilgili yapılan bir çalışmada genel görünüm, iletişim ve mesleksel/egitimsel nitelikler adı altında üç boyut ortaya çıkmış olup; serbest meslek sahibi bireylerin hemşirelerin “İletişim” yönüne ilişkin, işçi olan grubun ise hemşirelerin “Mesleksel ve Eğitimsel Niteliklerine” ilişkin olumlu görüşe sahip oldukları saptanmıştır. Memur olan grubun ise hemşirelik mesleğinin tüm niteliklerine ilişkin olumsuz görüşe sahip oldukları tespit edilmiştir (Çelik ve diğ., 2013).

Toplumda en gözde meslek gruplarından birisini oluşturan tıp doktorları insanlara davranış biçimleri, insanların sağlıklarını düzeltmeye olan katkıları,

insanoğlunun ölüme kadar geçen sürede rahat yaşama arzusunu büyük ölçüde karşılamaları nedeniyle önemli kişiler olarak görülmektedirler (Özdemir, 2006).

Doktor imajının hasta memnuniyetini etkilemesi üzerine yapılan bir çalışma olmaması nedeniyle kurumsal imaj, doktor davranışları, doktor-hasta etkileşimi, doktor dışında diğer personelin imajı üzerine yapılan çalışmalar incelenmiştir. Kurumsal imajın oluşması ile ilgili yapılan araştırmalarda çalışanların etkisi belirgin bir şekilde göze çarpmaktadır. Özel bir hastanede yapılan çalışmada personelin hastalara yaklaşımı (ilgi, alaka, güler yüz vb.), görünümü, davranışı ve iletişiminin kurumsal imaj oluşumuna etkisinin olduğu ortaya konulmuştur (Bal, 2011). Satsanguan ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada bu araştırmaya benzer bir çalışma yapılmıştır. Sağlık hizmet kalitesinin ve kurumsal imajın müşteri memnuniyetini etkilemesi üzerine yapılan bu çalışmada işletmenin müşteri odaklı olması, itibarı ve işletme hakkında olumlu düşünce oluşması kurumsal imajı belirleyen boyutlar olmuştur. Bu boyutlar içerisinde en fazla öneme sahip boyut ise müşteri odaklı olmasıdır (Satsanguan ve diğ., 2015).

Günümüzde sağlık çalışanları olan doktorlara yönelik şiddet uygulamalarında hasta ve yakınlarının kendilerini haklı buldukları ve zihinlerinde oluşturdukları imaj kavramları mevcuttur. Yapılan bir çalışmada, sağlık tüketicilerinin doktorun dilediği hastayı iyi etme gücüne sahip olduğuna inanmaları, doktorun iyileştirmekle değil hasta için gereken müdahaleyi modern tıbbı ve hukuka uygun olarak ve özenle yapmakla yükümlü olduklarını bilmemeleri, hastanın iyileşmemesi ölüm veya sakatlanma durumunda bunun doktorun zamanında ve doğru teşhis koyup uygun tedaviyi yapmamasından kaynaklandığını düşünmeleri şiddet uygulamada hasta ve yakınlarının kendilerini haklı görmelerine yol açtığı ortaya konulmaktadır (İlhan ve diğ., 2015).

Doktor imajının ortaya çıkarıldığı araştırmalarda çeşitli boyutlar görülmektedir. Söylet ve Mengü (2011) tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya katılanların % 60'ı doktorları, gelir seviyesi yüksek, % 46'sı, yoğun mesai şartlarında çalışan, % 36'sı yardımsever ve duyarlı, % 39'u ise duyarsız ve kibirli olarak tanımlamışlardır. Bunun yanında, araştırmaya katılanların doktorlara yönelik diğer olumlu ifadelerinin toplamı ile olumsuz ifadelerin toplamı birbirine yakın çıkmıştır.

Doktorlara yönelik olumlu ifadeler, doktorların mutlu, dürüst, şeffaf, kendine güveni olan, halka yakın ve enerjik kişiler olduğu şeklindedir. Öte yandan olumsuz ifadelerin ise doktorların mutsuz, topluma yabancı, içe dönük, pasif ve güçsüz olduğu belirtilmiştir. Doktorlara yönelik bu imajların oluşumunda en etkin unsur % 70 oranında kişisel deneyim olduğu belirtilmiştir. Kalan % 30'luk kısmı ise aile, yakın çevre ve medya oluşturmaktadır.

Özdemir (2006) ise yaptığı araştırmada, doktorlarının toplumdaki imajlarının belirleyicilerinin sekiz boyuttan oluştuğunu ifade etmiştir. Bunlar; doktorların davranışları, doktorların hastalar hakkında algılanan tutumları, doktorların mesleki bilgileri, doktorlar hakkında önyargı, doktorların gıyabında onlar hakkında konuşmalar, sağlık sisteminin işleyişi hakkında bilgi ve doktorların kazançlarıdır. Aydın ve Yıldırım'ın (2012) SERVPERF ölçeği kullanarak beklenti, önem ve algılama açısından yaptıkları çalışmada hastaların beklentileri içerisinde en önemli olan unsurlar; doktorların saygılı, güvenilir ve alanında yetkin olmasıdır. Hastalar, doktora duyulan güven konusuna çok büyük önem vermekle beraber, bu konudaki beklentileri de oldukça yüksektir. Fakat performans açısından bakıldığında ise, hastaların beklediklerinden daha düşük seviyede doktora güven duydukları görülmüştür (Aydın ve Yıldırım, 2012).

Literatürde doktorların kendi meslekleriyle ilgili bazı araştırmalar olmasına karşın sağlık hizmeti alan hastaların ve toplumun doktorlara yönelik sahip oldukları imaja ilişkin bilgiler oldukça kısıtlıdır. Bu araştırma ile literatüre katkı açısından sağlık hizmeti sunumunda en önemli aktörlerden birisi olan doktorların toplumun zihninde sahip oldukları imajın ortaya çıkarılması ve bu imajın müşteri memnuniyetine etkisinin ölçülmesi önem taşımaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN GELİŞİMİ

Araştırmanın bu bölümünde, literatür kısmında yer verilen kavramlar arasındaki ilişkiler ve araştırmanın amaçları doğrultusunda test edilmek istenilen temel hipotezlerin kavramsal temelleri oluşturulmuştur. Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler içerisinde sağlık hizmet kalitesi ile ilgili birçok araştırmaya rastlanmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerinde etkisinin incelendiği bu araştırmada diğer araştırmalara benzer hipotezler kurulmuştur. Ayrıca literatürde sağlık hizmet kalitesi ve doktor davranışları arasında kurulan ilişki ve etki hipotezlerine benzer hipotezlerde oluşturulmuştur. Fakat algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerinde etkisinin incelendiği araştırmalara rastlanmamıştır. Bu doğrultuda literatürde doktor davranışları, davranış stilleri, hasta-doktor iletişimi, etkileşimi ve kurumsal-mesleki imaj çalışmaları incelenerek hipotezler oluşturulmuştur. Demografik özelliklere bağlı olarak değişkenler arasında kurulan farklılık hipotezleri ise literatürde geniş yer almaktadır. Dolayısıyla kurulan hipotezler yapılan çalışmalar incelenerek kurulmuştur.

3.1. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı Arasındaki İlişki

Bu araştırmada test edilmek istenilen ilişkilerden birisi, doktor imajı ile sağlık hizmet kalitesi arasındaki ilişkidir. Hizmet kalitesi, müşterilerin hizmet sağlayıcının performansından beklentileri ile aldıkları hizmetlere yönelik değerlendirmeleri arasındaki farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (Parasuraman ve diğ., 1985). İmaj ise tüketicilerin zihninde bir kişi, kurum ya da olguya ilişkin yer alan duygular ve inançlar olarak tanımlanabilir (Hatch, 1997). Bu kapsamda, doktor imajı, sağlık kuruluşundan hizmet alan bir hastanın tanı, teşhis ve tedavi hizmeti veren doktorlara ilişkin zihninde var olan konumu ifade etmektedir.

Özdemir (2006) yaptığı araştırmada, doktorlarının toplumdaki imajlarının belirleyicilerinin sekiz bölümden oluştuğunu ifade etmiştir. Bunlar; doktorların davranışları, doktorların hastalar hakkında algılanan tutumları, doktorların mesleki bilgileri, doktorlar hakkında önyargı, doktorların gıyabında onlar hakkında konuşmaları, sağlık sisteminin işleyişi hakkında bilgi ve doktorların kazançlarıdır.

Literatürde yapılan araştırmalara bakıldığında sağlık hizmet kalitesi ile algılanan doktor imajı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan birçok çalışmaya rastlamak mümkündür. Bu çalışmalardan bir kısmı sağlık hizmet kalitesinin, kurumsal imajdan ve çalışanların tamamından etkilendiğini, bir kısmının da doktorların davranışlarından etkilendiğini ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmet kalitesinin kurumsal imaj ve çalışanların tamamından etkilendiği ile ilgili çalışmalar aşağıda açıklanmaktadır.

Sağlık hizmet kalitesi ve kurumsal imajın ilişkisini araştıran Satsanguan ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hizmet kalitesinin kurumsal imajı doğrudan etkilediği ortaya çıkmıştır. Bu sonuçla sağlık hizmetini sunan doktorlar vermiş oldukları hizmet ve hastalara karşı tutumları, memnuniyeti doğrudan etkilediği söylenbilir. Yapılan başka bir araştırmada ise, hastaların hizmet kalitesi algıları ve memnuniyet seviyelerinin hastane çalışanlarının görünüm ve davranışlarından etkilendiğini ifade etmiştir (Glmez, 2005). Butler ve arkadaşları (1996) hastane çalışanlarının yakın ilgisinin hastanın hizmet kalitesi algısını etkilediğini belirtmişlerdir.

Sağlık hizmet kalitesinin en çok doktorların davranışlarından etkilendiği ile ilgili çalışmalar ise aşağıda açıklanmaktadır.

Varinli ve akır (2004) yaptıkları çalışmada müşterilerin hizmet kalitesinden algılarını en çok etkileyen faktörün doktorlar olduğunu ortaya koymuşlardır. Aydın ve Yıldırım (2012) SERVPERF leği kullanarak yaptıkları çalışmada beklenti, önem ve algılama açısından hastaların beklentileri içerisinde en önemli olan unsurlar doktorların muayene/tedavi sırasında saygılı olmaları, doktora güvenebilmek, doktorun güvenilir olması ve hekimlerin alanında yetkin olması olarak ortaya çıkmıştır. Söylet ve Mengü (2011) yaptığı çalışmada hastaların, doktorların kendi düşüncelerine çok fazla dikkat etmediklerini belirtmişlerdir. Ancak buna rağmen hastalar, tedavi gördükleri doktorun tedavi yöntemlerine %60 oranında güvenmektedirler. Varinli ve arkadaşları (2001) Erciyes Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde hastalara yönelik yapmış oldukları araştırmada, hastaların önem verdiği hizmet özelliklerin başında doktora güvenin geldiğini belirtmişlerdir.

Yapılan araştırmalarda (Atinga ve diğ., 2011; Eleuch, 2011; Owusu ve diğ., 2010) doktorların ulaşılabilir olması, hasta karşısındaki tutumu, hastanın doktoru

bekleme süresi, hastanın doktoru ile yeterli vakit geçirebilmesi, doktorun hasta şikayetlerini dinlemesi, hastanın doktora sorular yöneltmesi, doktorun açıklamaları hastanın algıladığı kalite üzerinde etkili olduğu ortaya konulmuştur.

Yukarıdaki araştırmaların tamamı düşünüldüğünde bu araştırmanın uygulandığı Bolu ve Düzce ilinde algılanan doktor imajı ile sağlık hizmet kalitesi arasında ilişkinin var olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda, oluşturulan temel araştırma hipotezlerinin birincisi aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur;

Hipotez 1: “Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı arasında bir ilişki vardır.” şeklindedir.

3.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Bir işletme için müşteri memnuniyetinin temel belirleyicisi hizmet kalitesinden ziyade müşterilerle kurulan iyi ilişkilerdir. Ancak bu ilişkileri inşa etmenin ilk adımı sunulan hizmetin kalitesidir (Blythe, 2005). Sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastanın tedavi sürecinden ve sonucunda tatmin olmasıdır. Kısaca ifade etmek gerekirse sağlık hizmetinin kalitesini hasta (müşteri) tatmini belirlemektedir (Özen ve diğ., 2011). Müşteri memnuniyetini ise bir kişinin herhangi bir üründen algıladığı performansın sonucu ya da beklentisinin çıktısı belirlemektedir. (Kotler ve Armstrong, 1996).

Sağlık hizmetleri, bireyler için vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Bu nedenle bireylerin almış oldukları hizmetlerden memnuniyetleri ancak rahatsızlıklarının giderilmesiyle mümkün olabilir. Bireylerin rahatsızlıklarının giderilmesinde ise sürecin hastayı memnun edecek şekilde hızlı ve pozitif yönlü ilerlemesiyle mümkün olabilir. Bu noktada hizmet kalitesi, sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyetinde kaçınılmaz bir öneme sahiptir. Literatürde sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti ile hizmet kalitesi arasında yüksek ve güçlü düzeyde bir ilişki olduğunu ortaya çıkaran araştırmalar mevcuttur (Oswald, 1998; Kıdak ve Aksaraylı, 2008; Taylor ve Cronin, 1994; Brand ve diğ., 1998; McAlexander ve diğ., 1994; Marley ve diğ., 2004; Cho ve diğ., 2004).

Dursun ve Çerçi (2004) Kayseri’deki Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir hastanede yapmış oldukları araştırmada, algılanan sağlık hizmeti kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğunu ve hizmet kalitesinin hasta

tatmini ve davranışsal niyeti etkileyen en önemli değişken olduğunu belirlemişlerdir. Demirer ve Bülbül (2014) yapmış oldukları araştırmada ise, hizmet kalitesinin hasta tatmini, hasta tatmininin de hasta tercihi üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğunu belirlemişlerdir.

Öksüz (2010) yatan hasta memnuniyetine en fazla etki eden boyutun ise servisler ve fiziksel koşullar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özer ve Çakıl (2007) ise aldığı hizmetlerden memnun olmayan hastaların hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini memnun olanlardan daha çok başkalarıyla paylaştıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında, Demirer ve Bülbül, kamu hastanelerinde hizmet kalitesinin hasta tercihini doğrudan, özel hastanelerde ise hasta tatminini dolaylı etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Demirel ve arkadaşları (2009) ise sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi alt boyutları ile hasta tatmini, tercihi ve tavsiye etmesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu belirlemişlerdir. Sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini etkilemesi üzerine yapılan çalışmaların yanında sağlık hizmet kalitesinin müşteri sadakatini etkilemesi üzerine de yapılan çalışmalar mevcuttur.

Oliver (1999) müşteri sadakatini, müşterinin tercihlerinde değişikliğe neden olabilecek durumlara ve diğer işletmelerin pazarlama çabalarına rağmen, tercih ettiği ürün ve hizmetleri tekrar satın alması, gelecekte de düzenli bir şekilde o ürün ve hizmetin müşterisi olarak tanımlamıştır. Bayuk ve Küçük (2007) ise müşteri sadakatini, “müşterinin kendisi için başka alternatiflerin de mevcut olduğu bir ortamda, belirli bir işletmeye, satıcıya ya da ürün ve hizmete (markaya) yönelik duyduğu, hissettiği, içten (duygusal) bağlılık ve tesadüfi olmayan alışveriş eğilimi (tutumu), arzusu ve eylemi (sürekli tercihi)” olarak tanımlamışlardır. Hizmet kalitesinin müşteri sadakatini sağlamada kritik bir öneme sahip olduğunu belirten Sargeant ve West (2001) hizmet kalitesinin müşteri sadakati ile ilişkisinin literatürde açık bir şekilde ortaya konulduğu fakat sektörlerin kendilerine özgü yapılarından ötürü müşteri sadakatinin belirleyicilerinin değişiklik gösterebileceğini belirtmişlerdir. Auka ve arkadaşları (2013) bireysel bankacılık hizmetlerine yönelik yapmış oldukları araştırmada, hizmet kalitesinin tüm boyutlarının müşterilerin sadakatleri üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde Oliver (1999) yapmış olduğu araştırmalarda hizmet kalitesinin müşteri sadakati üzerindeki etkisinde

etkili olduğunu, bu süreçte müşteri tatmininin aracı rol oynadığını ortaya koymuşlardır.'in (1998) yaptığı çalışmada yardımcı sağlık personelinin hastalara karşı pozitif tav Andaleeb rı ve sağlık kuruluşlarının fiziksel olarak yeterli algılanması müşteri memnuniyeti seviyesini yükselteceği ortaya çıkmıştır.

Bu kapsamda, araştırmanın temel hipotezlerinden ikincisi aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur:

Hipotez 2: "Sağlık hizmet kalitesi müşteri memnuniyetini etkilemektedir."

3.3. Algılanan Doktor İmajının Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Sağlık hizmeti sunulurken hasta memnuniyetini en çok etkileyen faktörlerden birisi olan doktorlar, hastanın yaşadığı sağlık probleminin teşhisi ve tedavisi gibi temel hizmetleri sunan kişilerdir (Li ve diğ., 2011). Dolayısıyla bu kişilerin müşterilerin zihninde sahip oldukları konumun onların memnuniyetleri üzerinde etkili olması beklenen bir sonuçtur. Gronroos (1990) yaptığı çalışmada hizmet kalitesi değerlendirmesinde teknik ve fonksiyonel kalitenin yanında üçüncü bir boyut olan hizmet sunucularının imajını ortaya koymuştur.

Fogartry (2001) hastaların yaşamları üzerinde doktorların etkisinin incelenmesi adlı çalışmasında, doktorların hastalarına birkaç dakika harcaması ve daha karışık hastalıklara sahip hastalar için daha fazla zaman harcamaları hastaların deneyimlerinin, inançlarının, davranışlarının ve beklentilerinin ortaya çıkması konusunda önemli olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise doktorlar başta olmak üzere hemşire ve diğer hastane personelinin kılık kıyafetlerinin, ilgi ve alakasının, hoşgörülü olmalarının ve hasta ile yakından ilgilenmelerinin gelen hastaların memnuniyet seviyesini artıracaklarını belirtilmiştir (Gülmez, 2005; Andaleeb, 1998).

Doktorun hastaya karşı yeterince ilgili ve nazik davranması, muayene için yeterli zaman ayırması, hastaya rahatsızlığı ve tedavi ile ilgili yeterince doktorun hastayı bilgilendirmesi ve hastanın şikâyetlerini dikkatle dinlemesi ve sorulan sorulara tatmin edici düzeyde cevap vermesi hastanın almış olduğu sağlık hizmetlerinden memnuniyetini etkilemektedir (Kırılmaz, 2013). Çünkü hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hizmetleri hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken,

kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir (Yalçın ve Koçak, 2009). Büber ve Başer (2012) doktor davranışının, hasta memnuniyeti yanında verilen hizmetin etkililiğini de artırdığını belirtmişlerdir. Yağcı ve Duman (2006) ise yapmış oldukları araştırmada, bu görüşün tersi yönünde bir bulguya ulaşmışlardır. Bu bulgu; devlet hastanelerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında “doktorluk hizmetlerinin” yer almadığıdır. Ancak hastalar doktorların verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun uzmanlık bilgisinden daha çok, dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar (Büber ve Başer, 2012).

Kısa (2007) yaptığı çalışmada doktor ve hasta arasındaki olumlu ilişkinin hastaların doktorların önerilerine tamamen uymalarında ve tedavilerine ara vermemelerinde etkili olduğunu belirtmiştir.

Öksüz (2010) hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, doktorun hastayı bilgilendirmesinin memnuniyete en fazla katkı sağlayan ve etki eden boyut olduğunu belirlemiştir. Bu kapsamda, oluşturulan araştırma hipotezlerinin üçüncüsü aşağıdaki gibidir.

Hipotez 3: “Algılanan doktor imajı müşteri memnuniyetini etkilemektedir.”

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ALGILANAN DOKTOR İMAJININ HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK BİR UYGULAMA

Araştırmanın birinci bölümünde, araştırmanın problemine, amacına, önemine, sınırlılıklarına ve varsayımlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde ise araştırmanın kavramsal çerçevesini oluşturan hizmet kalitesi, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kalite, doktor imajı ve müşteri memnuniyeti konuları kavramsal olarak ele alınmıştır.

Bu bölümde ise öncelikle araştırmanın konusu, amaç ve alt amaçları açık bir şekilde tanımlanmış ve bu doğrultuda araştırma modeli ortaya konmuştur. Daha sonra araştırmada amaçlara ulaşmak için kullanılan yöntem, araştırma evreni, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, veri toplama süreci ve elde edilen verilerin analizi konularına yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusunu, sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin kalitesinin ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyetine etkisi oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığının korunması ve bireylerin sağlık sorunlarının teşhis, tedavi ve bakımı için kamu veya özel sağlık hizmet sunucularının vermiş olduğu hizmetlerdir. İlgili kuruluşlar tarafından sunulan sağlık hizmetinin insan hayatını ilgilendirmesi ve müşterilerin (hasta ve hasta yakınları) risk algısının talebi büyük oranda etkilemesi nedeniyle sağlık hizmeti sunan işletmelerde hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti oldukça önemlidir. Çünkü beklentileri karşılanan ve ihtiyaçları giderilen hastaların tedavi gördükleri kuruma ilişkin olumlu düşüncelerini, etraflarındaki bireylerle paylaştıkları gibi beklentileri karşılanmayan ve ihtiyaçları dikkate alınmayan hastalar da mutsuz olmakta ve bu mutsuzluklarını her fırsatta diğer insanlarla paylaşmaktadırlar. Bu durum, sağlık hizmeti veren işletmelerin de hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini artırmalarını ve hastalarının beklentilerini karşılama noktasında hassasiyet göstermelerini zorunlu kılmaktadır.

Diğer yandan müşteri (hasta) memnuniyetinin sağlanmasında ise diğer hizmet işletmelerinde olduğu gibi hizmeti sunan personel oldukça önemlidir. Çünkü hastalar

hizmetin ortaya çıkması sürecine doğrudan dahildirler ve almış oldukları hizmetlerin standartlaştırılması hem hizmeti sunan personel açısından hem de hasta açısından standartlaştırılmamaktadır. Hastanın içerisinde bulunduğu fizyolojik ve psikolojik durum, onun bu hizmetlere yönelik algısını doğrudan etkilediği için hizmet sunucusu konumundaki personelin hastaya yaklaşımlarında daha duyarlı olmaları gerekmektedir. Yapılan literatür araştırmalarında da görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının müşteri memnuniyeti noktasında oldukça önemli olduğunu belirtilmiştir.

Bir sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetlerinin olmazsa olmazı hastaya tıbbi olarak müdahale edebilen doktorlardır. Sağlık müşterilerinin nihai amacı ruhen ve bedenen sağlıklı olması göz önüne alındığında doktorlar, sağlık hizmetlerinin temel sunucuları olarak ifade edilebilirler. Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin nitelikleri ne olursa olsun hastaların en önem verdikleri nokta tanı, teşhis ve tedaviyi uygulayacak olan doktorun vermiş olduğu hizmetin niteliğidir. Çünkü bir doktorun yapabileceği yanlış tanı, teşhis ve tedavi hastada telafi edilemez sorunlara yol açabilecektir. Ayrıca doktorun yapabileceği doğru tanı, teşhis ve tedavi hastanın sağlığını korumasına yardımcı olacaktır. Hatta doktor eğer hasta sağlığı bozulmuş ise tekrar sağlığına kavuşmasına yardımcı olabilecektir. Bu bağlamda, doktorların hastalara yaklaşımları, doktorun hastayı bilgilendirmesi düzeyleri ve ilgileri hastaların sağlık kuruluşundan aldıkları hizmetlerin kalitesine yönelik algılarında ve memnuniyet düzeyleri üzerinde etkili olacaktır.

4.2. Araştırmanın Önemi

Literatürde sağlık kurumlarında müşteri memnuniyeti üzerine yapılan birçok araştırma bulunmakla birlikte algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisini ortaya koyan araştırmalar çok nadirdir. Araştırma, literatürdeki bu boşluğu doldurmak ve gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutmak adına önemlidir. Bununla birlikte, bu araştırma Türkiye’de doktorlara ve sağlık kurumları çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı günümüzde, yaşanan olaylarda hastaların ve hasta yakınlarının sağlık hizmeti sunucusu konumundaki doktorlara karşı sahip oldukları algıyı, dolayısıyla onlara yönelik eylemlerdeki fikri alt yapıyı ortaya koyma noktasında önem taşımaktadır. Ayrıca bu araştırma, sağlık okuryazarlığı, beklenti düzeyi ve hasta

deneyimlerinin arttığı günümüz rekabet ortamında doktorların dikkat etmeleri gereken noktaların ortaya konulması hususunda önem taşımaktadır. Çalışmayı özgü kılan bir diğer nokta da araştırma evrenini oluşturan Bolu ve Düzce illerinin uzun yıllardır sağlık alanında yapılan çalışmalara pilot bölge olarak seçilmesidir. Böylece bu illerden çıkan sonuçlarla bazı genellemeler yapılabilir.

4.3. Araştırmanın Kapsamı

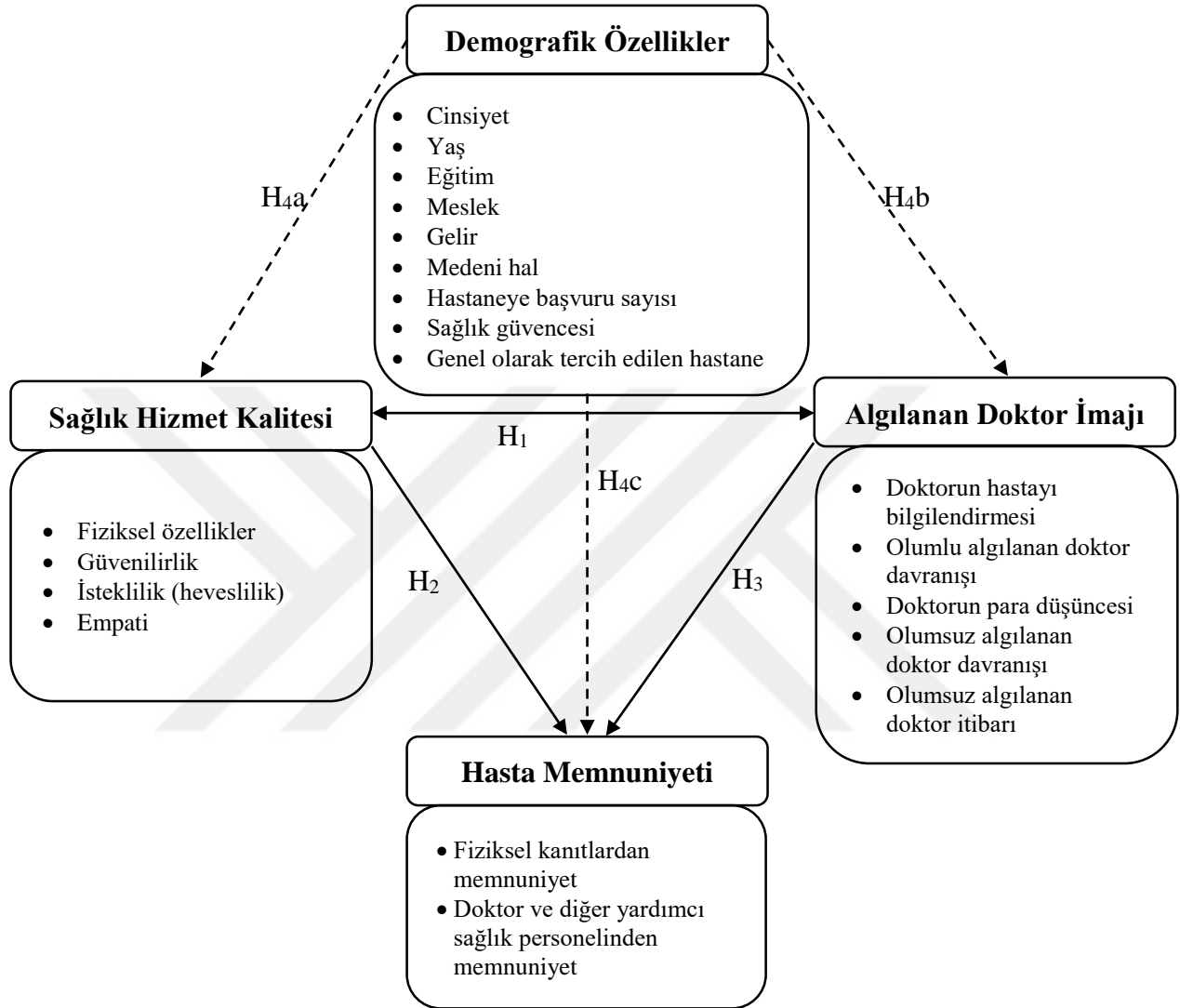
Bu araştırmanın kapsamı teorik olarak, hizmet kalitesi, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kalite, doktor imajı ve müşteri memnuniyeti kavramlarını kapsamaktadır. Araştırma uygulama alanı olarak ise Bolu ve Düzce illerinde son bir yıl içerisinde en az bir defa sağlık hizmet sunucularından yararlanmış 18 yaş ve üstü tüm bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada uygulama alanı olarak Bolu ve Düzce illerinin tercih edilmesinin nedeni, bu illerin Türkiye'deki sağlık hizmetlerine ilişkin uygulamalarda sıklıkla pilot bölge olarak kullanılmalarıdır. Ayrıca Düzce'nin uzun yıllar Bolu'nun ilçesi olması, konum itibari ile birbirine yakın olmaları, sağlık kuruluşlarının her iki ilde yaşayanlar tarafından birlikte kullanılması kapsam olarak her iki ilin seçilmesinde etkili olmuştur.

4.4. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Sağlık hizmet kalitesinin ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan bu araştırmada ulaşılmaya çalışılan amaçlar aşağıda ifade edildiği gibidir:

- Sağlık kuruluşlarında algılanan hizmet kalitesi ve doktor imajı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak,
- Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini ortaya koymak,
- Sağlık kuruluşlarında algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini ortaya koymak ve
- Katılımcıların demografik özelliklerine göre hizmet kalitesine, doktor imajına ve müşteri memnuniyetine yönelik yaklaşımlarında farklılıklar olup olmadığını ortaya koymaktır.

Belirlenen temel amaç ve alt amaçlar doğrultusunda ortaya çıkan araştırma modeli Şekil 4’de gösterilmektedir.



----- Araştırmanın değişkenleri ile demografik değişkenler arasındaki farklılıkları ifade etmektedir.

————— Araştırmanın değişkenleri arasındaki etkileri ve ilişkileri ifade etmektedir.

Şekil 4. Araştırma Modeli

4.5. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotezler belli davranış, olgu veya olaylara dair yapılan önseziye dayalı açıklamalardır (Altunışık, 2010). Bir başka ifadeyle olaylar ya da değişkenler arasında var olduğu iddia edilen ilişkiye araştırma dilinde hipotez denmektedir (Karasar, 2009). Tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere hipotezler olaylar arasında var olması

muhtemel ilişkiler veya araştırma sonucunda yanlışlanabilecek sonuçlar üzerine kurulu varsayımlardır. Hipotezler, araştırma sonunda araştırmacının karar vermesinde yardımcı olacağı için önceden hazırlanması gerekmektedir. Hipotezlerin araştırma sonunda ortaya konulması bilimsel yaklaşıma uygun değildir (Karasar, 2009). Günlük yaşamımızda bile bazı olaylar olduğunda, olayın oluşum nedeniyle ilgili tahmini bir neden önerme eğiliminde oluruz. İyi bir hipotezin oluşabilmesi için bazı özelliklerin mevcut olması gerekmektedir. Bu özellikler (Walliman, 2006);

- Alanıyla ilgili olması,
- Araştırma değişkenlerinin ismiyle anılması,
- Verileri yorumlamak, analiz etmek ve toplamak için uygun olması,
- Yargı niteliğinde olması,
- Sınanabilir (yanlışlanabilir) olması,
- Anlaşılabilir, açık ve öz ifadelerden oluşmasıdır.

Yukarıdaki açıklamalar ışığında bu araştırmanın başlığı “*Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi*” olarak düşünülmesinin araştırma öncesinde yapılan literatür taramasında algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisi konusuyla ilgili yeterince araştırmanın yapılmamış olması yatmaktadır. Ayrıca bu araştırma ile toplumun zihninde yer etmiş doktor imajlarının memnuniyete etkisinin ortaya çıkarılarak alıcı ve satıcı davranışlarında olumlu davranış şekillenmesine yön vermek düşünülmektedir. Her geçen gün teknolojik, yaşam standartları, sağlık hizmet tüketicilerinin bilinç düzeyi, toplumun refah düzeyi vb. konularda değişikliklerin meydana gelmesi de sağlık hizmet kalitesinin devamlı olarak güncellenmesini gerekli kılmaktadır. Bu sebeple araştırma değişkenleri;

- Demografik özellikler,
- Algılanan doktor imajı,
- Sağlık hizmet kalitesi,
- Müşteri memnuniyetidir.

4.5.1. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı Arasındaki İlişkiye Yönelik Hipotezler

Bu bölümde araştırmanın temel amaçlarından birisi olan sağlık hizmet kalitesi ile algılanan doktor imajı arasında ilişkinin ortaya çıkarılmasıyla ilgili geliştirilen temel ve alt hipotezler bulunmaktadır:

Temel hipotez; H_1 : “Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı arasında ilişki vardır.”

Alt hipotezler;

$H_{1a,b,c,d,e}$: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik ile a)doktorun hastayı bilgilendirmesi, b)olumlu algılanan doktor davranışı, c)doktorun para düşüncesi, d)olumsuz algılanan doktor davranışı, e) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.

$H_{1f,g,h,i,j}$: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından fiziksel görünüm ile f)doktorun hastayı bilgilendirmesi, g)olumlu algılanan doktor davranışı, h)doktorun para düşüncesi, i)olumsuz algılanan doktor davranışı, j) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.

$H_{1k,l,m,n,o}$: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından isteklilik ile k)doktorun hastayı bilgilendirmesi, l)olumlu algılanan doktor davranışı, m)doktorun para düşüncesi, n)olumsuz algılanan doktor davranışı, o) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.

$H_{1p,r,s,t,u}$: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından empati ile p)doktorun hastayı bilgilendirmesi, r)olumlu algılanan doktor davranışı, s)doktorun para düşüncesi, t)olumsuz algılanan doktor davranışı, u) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.

4.5.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerindeki Etkisine İlişkin Hipotezler

Hizmet kalitesi ve tatmin arasındaki nedensellik ilişkisi konusunda bir fikir birliği olmamakla birlikte, hizmet kalitesinin tatminden önce ortaya çıktığı, yani tatmin düzeyini belirlediği görüşü yaygın bir şekilde kabul görmektedir (Dursun ve

Çerçi, 2004). Bu araştırmada da sağlık hizmet kalitesinin müşteri tatmininden önce ortaya çıktığı kabul edilmiştir. Sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla değişkenler arasında oluşturulan temel hipotez ve alt hipotezler şu şekildedir:

Temel hipotez; H_2 : “Sağlık hizmet kalitesi müşteri memnuniyetini etkilemektedir.”

Alt hipotezler;

$H_{2a,b,c,d}$: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından a)güvenilirlik, b)fiziksel görünüm, c)isteklilik, d)empati **fiziksel kanıtlardan** memnuniyeti etkilemektedir.

$H_{2e,f,g,h}$: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından e)güvenilirlik, f)fiziksel görünüm, g)isteklilik, h)empati **doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden** memnuniyeti etkilemektedir.

4.5.3. Algılanan Doktor İmajının Müşteri Memnuniyeti Üzerindeki Etkisine Yönelik Hipotezler

Bir mesleğin temsilcisi olan doktorların hastalarla ilişkilerinde yaşanan olaylar, karşılıklı davranışlar, sözlü ya da sözsüz iletişim gibi her türlü ilişkiler sağlık hizmetlerinin kullanıcıları veya potansiyel kullanıcılarının tutumlarını oluşturmaktadır (Özdemir, 2006). Bu araştırmada, doktor imajının müşteri (hasta) memnuniyeti üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla temel hipotezler ve alt hipotezler aşağıdaki gibi oluşturulmuştur:

Temel hipotez; H_3 : “Algılanan doktor imajı müşteri memnuniyetini etkilemektedir.”

Alt hipotezler;

$H_{3a,b,c,d,e}$: Algılanan doktor imajı boyutlarından a)doktorun hastayı bilgilendirmesi, b)olumlu algılanan doktor davranışı, c)doktorun para düşüncesi, d)olumsuz algılanan doktor davranışı, e)olumsuz algılanan doktor itibarı **fiziksel kanıtlardan** memnuniyeti etkilemektedir.

$H_{3f,g,h,i,j}$: Algılanan doktor imajı boyutlarından f)doktorun hastayı bilgilendirmesi, g)olumlu algılanan doktor davranışı, h)doktorun para düşüncesi, i)olumsuz algılanan doktor davranışı, j)olumsuz algılanan doktor itibarı **doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden** memnuniyeti etkilemektedir.

4.5.4. Demografik Özellikler ile Değişkenler Arasındaki Hipotezler

Bilimsel çalışmalarda tüketicilerin demografik özelliklerinin yaygın olarak kullanılması bu verilerin analiz edilmesini de beraberinde getirmektedir. Bilimsel araştırmalarda kullanılan en basit ölçek türü olan sınıflama ölçeği ile bir veri kümesindeki elemanlar belli özelliklerine göre olabildiğince homojen gruplara ayrılır (Baştürk, 2010). Cinsiyet, medeni durum, yaş, gelir, sağlık güvencesi, mezuniyet durumu vb. gibi konuların araştırmanın diğer değişkenleri ile ilişkilendirilmesinde kullanılan analiz yöntemleri anlamlı farklılıkların olup olmadığını ortaya koymaktadır.

Doktor ve hasta ilişkilerinde cinsiyet ve yaş gibi demografik özelliklerin önemli olduğuyla ilgili Gulbrandsen ve arkadaşlarının (1998) yapmış olduğu bir çalışmada, hastaların daha önce edindikleri sosyal tecrübeler de en az altıncı muayeneye kadar doktorlar hastalarının değerlendirmelerinde etkili olmaktadır. Hastanın önceki deneyimleri, muayene süresi, hastanın yaşı ve cinsiyetiyle beraber doktorun cinsiyeti de hastaların yönlendirilmesinde anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Bal'ın (2011) yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin sağlık hizmet sunucusu seçiminde önemli bir değişken olduğunu ortaya koymuştur. "Lise ve daha alt düzeyde eğitim görmüş insanların söz konusu kurumu tercih etme nedenleri, genelde memnuniyetten kaynaklanırken; üniversite ve daha üst düzey eğitim görmüş insanların kurumu, alternatif bulamadıklarından dolayı tercih ettikleri gözlemlenmektedir. Bu durumda, eğitim düzeyi yükseldikçe beklentilerin yükseldiği ve memnuniyet düzeyinin düştüğü şeklinde bir çıkarım yapılabilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan tüketiciler, eğitim düzeyi daha düşük olan tüketicilere oranla daha fazla beklenti içine girmektedir. Bu beklenti karşılanmayınca da memnuniyet düzeyi düşmekte ve kurum imajı negatif yönde algılanmaktadır" (Bal, 2011).

Esatoğlu (1997) yapmış olduğu araştırmada, hastaların eğitim düzeyi arttıkça doktorların hastayı bilgilendirmesi düzeylerinden duydukları memnuniyetin azaldığını belirlemiştir.

Başka bir çalışmada ise demografik özelliklerle hasta güveninin karşılaştırılmasına ilişkin anlamlı farklılıklar bulunmuş olup yaş grubundaki fark, gençler ile ileri yaştakiler arasındadır. Cinsiyet grubunda kadınların, yaş grubunda ileri yaştakilerin, eğitim grubunda orta seviyedekilerin, sosyal güvence grubunda

ücretlilerin, meslek grubunda ise emeklilerin hasta güveni algılamaları diğerlerine göre yüksek çıkmıştır (Derin ve Demirel, 2011).

Bu araştırmada, katılımcıların demografik değişkenleri, cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, yaşanılan il, son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı, sağlık güvencesi ve bir sağlık problemi yaşadığında genel olarak tercih ettikleri sağlık hizmet sunucusu olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, demografik değişkenler ile bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki farklılıklara yönelik hipotez ve alt hipotezler aşağıdaki gibidir:

Temel hipotez; H_{4a,b,c}: *“Katılımcıların demografik özellikleri ile a)sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik, b)algılanan doktor imajına yönelik ve c)müşteri memnuniyetine yönelik algıları arasında anlamlı farklılıklar vardır.”*

Alt hipotezler;

H_{4a1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}: *Katılımcıların 1)cinsiyetlerine, 2)yaşlarına, 3)eğitim durumuna, 4)mesleklerine, 5)medeni durumuna, 6)gelir durumuna, 7)son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısına, 8) sahip oldukları sağlık güvencesine, 9)genel olarak tercih ettikleri sağlık hizmet sunucusuna 10) yaşadıkları İl'e bağlı olarak sağlık hizmet kalitesi algısına yönelik düşünceleri arasında anlamlı farklılık vardır.*

H_{4b1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}: *Katılımcıların 1)cinsiyetlerine, 2)yaşlarına, 3)eğitim durumuna, 4)mesleklerine, 5)medeni durumuna, 6)gelir durumuna, 7)son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısına, 8) sahip oldukları sağlık güvencesine, 9)genel olarak tercih ettikleri sağlık hizmet sunucusuna 10) yaşadıkları İl'e bağlı olarak algılanan doktor imajına yönelik düşünceleri arasında anlamlı farklılık vardır.*

H_{4c1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}: *Katılımcıların 1)cinsiyetlerine, 2)yaşlarına, 3)eğitim durumuna, 4)mesleklerine, 5)medeni durumuna, 6)gelir durumuna, 7)son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısına, 8) sahip oldukları sağlık güvencesine, 9)genel olarak tercih ettikleri sağlık hizmet sunucusuna 10) yaşadıkları İl'e bağlı olarak müşteri memnuniyeti algısına yönelik düşünceleri arasında anlamlı farklılık vardır.*

4.6. Araştırmanın Yöntemi ve Kullanılan Ölçekler

Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada, nicel araştırma yöntemi

kullanılmıştır. Nicel araştırma kısaca önceden hazırlanmış bir soru formuna bağlı kalınarak, sayısal yorum ve genelleme yapılabilen araştırma yöntemidir. Nicel araştırma yönteminde araştırılan konuya ilişkin, evreni temsil edecek örneklerden sayısal sonuçlar elde edilmektedir. Elde edilen sonuçlar üzerinde gerekli istatistikî ve matematiksel analizler yapılabilmektedir. Nicel araştırma yönteminde, araştırma evreninin araştırma konusu hakkındaki fikrinin yönü sorgulanmaktadır (Nakip, 2005).

Bu araştırmada verilerinin toplanması noktasında nicel veri toplama tekniklerinden birisi olan anket tekniği kullanılmıştır. Anket tekniği, kitlelerin süreç içinde ortaya çıkan değişkenlerin etkisiyle tutum ve kanaatlerinde ne gibi farklılıkların ortaya çıktığını ya da belirli bir zamandaki tutum ve kanaatlerini tespit etmeye yönelik olarak kullanılan bir tekniktir. Anket, özellikle sosyal bilim araştırmalarında sıklıkla başvurulan bir yöntemdir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

Katılımcıların demografik özelliklerini öğrenmeye ilişkin sorular nominal kriterlerle ölçülmüştür. Sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyetine ilişkin değişkenler 5’li likert tipi ölçekle (1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-fikrim yok, 4-katılıyorum, 5- kesinlikle katılıyorum) ölçülmüştür.

Araştırmada ölçeklerin oluşturulması için yapılan literatür taramasında konuyla ilişkili çalışmalar değerlendirilmiştir. Müşteri memnuniyeti üzerine doğrudan etkisi olan sağlık hizmet kalitesi ile ilgili birçok çalışmaya rastlanmıştır. Fakat müşteri memnuniyeti ile doğrudan ilişkili algılanan doktor imajı çalışmalarına rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda konuyla dolaylı ilgisi olan çalışmalar değerlendirilmeye alınmıştır. Değerlendirilmeye alınan çalışmalar arasında kullanılan ölçekler, alanında uzman akademisyenler tarafından incelenmiştir. Sağlık hizmet kalitesi ile ilgili ölçek orijinaline sadık kalınarak kullanılmıştır. Doktor imajı ile ilgili ölçek ise literatürde aynı ve benzer konuyu tartışan diğer çalışmalardan yararlanılmıştır. Bu çalışmalar konu içeriği bakımından kurumsal imaj, mesleki imaj, doktor davranışı, iletişim stili vb. konulardır.

Anket formunun oluşturulmasında, araştırmanın değişkenlerine ilişkin literatürde yapılan geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış çalışmalardan yararlanılmıştır. Literatürde geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş konuyla ilgili temel çalışmalar Tablo 4.’de görülmektedir.

Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Kullanılan Ölçek	Yazarlar	Araştırma adı	Kaynakça Detayları
Sağlık Hizmet Kalitesi	Taylor S. A. ve Cronin J. J.	Modeling Patient Satisfaction and Service Quality	Journal of Health Care Marketing, Vol.14, No.1, Spring 1994.
	Parasuraman A., Berry L. L. ve Zeithaml V. A.	A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research	Journal of Marketing, 49, pp. 41-50. 1985.
	Babakus E. ve Mangold W. G.	Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Service: An Amprical Investigation	Health Services Research, 1990.
Algılanan Doktor İmaji	Özdemir, Ş.	Doktorların Toplumsal İmaji: Afyon İlinde Bir Araştırma	Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 8 (1), ss. 179-191. 2006.
	Söylet, Y. ve Mengü S. Ç.	Doktorlara Yönelik İzlenim ve Tutum Oluşumunun; Yazılı Basında Doktorlara Yönelik Oluşturulan Söylem Bağlamında İrdelenmesi	İstanbul üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. ss. 101-122, 2011.
	Buller, M. K. ve Buller, D. B.	Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction	Journal of Health and Social Behavior, Vol. 28, No. 4, pp. 375-388, 1987.

Tablo 4. incelendiğinde sağlık hizmet kalitesi için kullanılan ölçek hastane hizmetlerine adapte edilmiş Taylor ve Cronin (1994) tarafından geliştirilen SERPERF ölçeğinden (22 ifade) ve Parasuraman, Berry ve Zeithaml (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğinden (22 ifade) faydalanılarak hazırlanmıştır. Ayrıca SERVQUAL ölçeğinin hastanelerde uygulanmasında öncülük eden Babakus ve Mangold'un (1990) çalışmasından (15 ifade) yararlanılmıştır. Literatürde sık bir şekilde kullanılan bu ölçeklerden oluşturulan 20 ifade ile katılımcılara anket uygulanmıştır.

Algılanan doktor imajı ile ilgili oluşturulan ölçek ise tablo-4'te yer alan çalışmalardan derlenen toplam 51 ifade ile oluşturulmuştur.

4.6.1. Sağlık Hizmet Kalitesi Ölçeği

Hizmet kalitesi ölçüm teknikleri, işletmelerin müşterilere sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesini değerlendirebilme avantajı sağlamaktadır. Yani müşteri bakış açısıyla işletmeye avantaj sağlayan noktaların neler olduğunu, sunulan hizmetlerde

hangi yönlerin eksik olduğunu ya da hangi noktalarda işletmenin gelişme göstermesi gerektiğini ortaya koyma açısından kritik bir değere sahiptir. Çünkü hizmet kalitesi, müşteri bağlılığının işletmeye sunmuş olduğu avantajlardan ötürü işletmelerin öncelikli hedefi olan müşteri sadakatinin sağlanmasında anahtar bir role sahiptir (Ehigie, 2006). Yapılan araştırmalarda hizmet kalitesini etkileyen boyutlar üzerinden değişkenler isimlendirilmiştir.

Parasuraman ve arkadaşları (1985) işletmelerde hizmet kalitesinin on boyuttan oluştuğunu ortaya koymuşlardır. Bunlar; somutluk, güvenilirlik, duyarlılık, yetenek, nezaket, iletişim, itibarı, güvenlik, erişim ve müşteriye anlamaktır. Parasuraman ve arkadaşları (1988) daha sonra yapmış oldukları çalışmada ise hizmet kalitesinin temel belirleyicilerini, fiziksel unsurlar, güvenilirlik, yanıt verebilirlik, güvence ve empati olmak üzere beş başlık altında toplamışlardır. Bir işletmede sunulan hizmet kalitesinin müşterilerin bu beş faktöre ilişkin beklentilerinin ve algılarının karşılaştırılması yoluyla SERVQUAL adını verdikleri ölçüm tekniği ile ölçülebileceğini belirtmişlerdir. Günümüzde hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan en yaygın tekniklerden birisi olan SERVQUAL hizmet kalitesi ölçüm tekniğinde iki kısım bulunmaktadır. Bunlardan birisi, beklenti bölümü, diğeri ise algı bölümüdür. Her iki bölümde 22'şer önerme bulunmaktadır. Müşteriler aynı ifadeler üzerinden ilk önce beklentiler bölümünü, daha sonra ise algılamalar bölümünü yanıtlamaktadırlar. Daha sonra müşterilerin beklenti ve algılarına ilişkin ortalamalar karşılaştırılarak işletmenin hizmet kalitesi düzeyi belirlenmektedir.

Günümüzde yaygın olarak kullanılan bir diğer hizmet kalitesi ölçüm tekniği de Cronin ve Taylor (1992) tarafından ortaya konulan SERVPERF tekniğidir. Cronin ve Taylor (1992) müşterilerin hizmet alımından önce hizmete ilişkin herhangi bir beklentilerinin olmaması veya ne beklediklerini bilmemeleri durumlarında SERVQUAL ölçeğinin doğru bir ölçüm aracı olmadığını, bu durumda müşterilerin sadece algılarının ölçülmesinin hizmet kalitesine ilişkin daha doğru sonuçlar vereceğini belirtmişlerdir. Müşterilerin aldıkları hizmetin o an ki performansını değerlendirdikleri SERVPERF tekniğinde SERVQUAL ölçeğinde yer alan beş boyut ve 22 ifade aynı şekilde yer almaktadır. Bu araştırmada da müşterilerin hizmet alımından önce hizmete ilişkin herhangi bir beklentilerinin olmaması veya ne beklediklerini bilmemeleri durumlarında SERVQUAL ölçeğinin doğru bir ölçüm aracı olmadığı düşünülerek

SERPERF tekniği kullanılmıştır. Yani bu araştırmada oluşturulan 20 ifadeli ölçeekte müşterilerin sadece algıları ölçülmüştür.

4.6.2. Algılanan Doktor İmajı Ölçeği ve Memnuniyet Ölçeği

Algılanan doktor imajı ile ilgili ölçek ise Özdemir (2006) “Doktorların Toplumsal İmajı: Afyon İlinde Bir Araştırma” isimli çalışmasından, Söylet ve Mengü (2011) “Doktorlara Yönelik İzlenim ve Tutum Oluşumunun; Yazılı Basında Doktorlara Yönelik Oluşturulan Söylem Bağlamında İrdelenmesi” isimli çalışmasından ve Buller and Buller (1987) “Hekimlerin İletifim Sitili ve Hasta Memnuniyeti” isimli çalışmasından faydalanılarak hazırlanmıştır. Yapılan bu araştırmada dolaylı olarak ilgili olan çalışmalardan toplam 51 ifade ile algılanan doktor imajı ölçeği oluşturulmuştur.

Müşteri (hasta) memnuniyeti ölçeği ise literatürde memnuniyetle ilgili araştırma konusunu ilgilendiren ve sıkça sorulan ifadelerden dokuz tanesi seçilerek katılımcılara sorulmuştur.

4.7. Veri Seti Analiz Kriterleri

Yürütölen bu çalışmada araştırmanın amacına ve veri toplama yöntemine göre veri analizinde açıklayıcı faktör analizi, korelasyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi ve farklılıkları ortaya çıkarmak için varyans analizleri (ANOVA, Independent sample T test) kullanılmıştır. Yapılan analizler ile ilgili kriterler aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmaktadır.

4.7.1. Açıklayıcı Faktör Analizi İçin Kriterler

Faktör analizi çok sayıda değişkeni, belirli sayıda gruplara ayırarak, her bir grubun içindeki değişkenler arasındaki ilişkiyi maksimum, gruplar arasındaki ilişkiyi de minimum yaparak grupları yeni değişkenlere dönüştüren bir analiz türüdür (Karagöz, 2014). Faktör analizinde temel mantık, karmaşık bir olgunun daha az sayıda boyutlarla ifade edilebilmesi yeteneğidir (Altunışık ve diğ., 2010). Yani faktör analizi sonucunda çok sayıda veri daha anlamlı ve daha az sayıda değişkenle bir araya toplanabilmektedir. Bu araştırmada da amaç sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek için çok sayıdaki veri setini

faktör analizi sonucunda daha anlamlı hale ve daha az sayıda boyutlar haline getirerek Çoklu Doğrusal Regresyon, Korelasyon, ANOVA testlerinin uygulanmasını kolaylaştırmaktır.

Faktör analizinin uygunluğunu göstermek için yapılması gereken bir test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testidir. KMO testi veri setinin faktör analizi için uygunluğunun araştırılmasında kullanılan yöntemlerden biridir (Karagöz, 2014). KMO değeri olarak 0.5-1.0 arası değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilirken 0.5'in altındaki değerler faktör analizinin söz konusu veri seti için uygun olmadığını göstermektedir (Altunışık ve diğ., 2010; Kalaycı, 2008). Ayrıca Faktör analizinde, boyutların oluşabilmesi için 350'nin üzerindeki gözlem sayılarında bir değişkenin faktör yükünün 0,30 ve üzerinde olması gerekmektedir (Kalaycı, 2008). Bu çalışmada ise toplam 559 gözlem sayısı bulunmakla birlikte faktör yükü 0,40'ın üzerindeki değerler alınmıştır.

Faktör analizi ile ilgili farklı teknikler kullanılmaktadır. Bunları genel anlamda ikiye ayırmak mümkündür (Altunışık ve diğ., 2010);

-Açıklayıcı faktör analizi: Bu analiz türünde araştırmacı yapmış olduğu araştırmayla ilgili olarak değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik olarak herhangi bir fikrinin veya öngörüsünün olmaması sebebiyle boyutlar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaya çalışır.

-Onaylayıcı faktör analizi: Bu analiz türünde ise araştırmacı tarafından daha önce belirlenen bir ilişkinin doğruluğunu test etmek amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada ise faktör analizi ile ilgili kullanılan teknik açıklayıcı faktör analizidir. Sağlık hizmet kalitesinin geçerlilik ve güvenilirliğin test edilmiş olmasının yanında bu çalışmada ankete cevap verenlerin kültürel farklılıkların olması, algılamalarının farklı olacağı varsayımı, evren ve örneklem farklılığı vb. gibi nedenlerden ötürü açıklayıcı faktör analizi kullanılması daha uygun olacağı öngörülmektedir. Ayrıca algılanan doktor imajı ile ilgili çeşitli ölçeklerden yararlanılmış olması ne tür boyutların ortaya çıkacağı konusunda yine faktör analizinin açıklayıcı analize tabi tutulması gerekliliğini zorunlu kılmıştır.

Açıklayıcı faktör analizinin kullanıldığı bu çalışmada faktör sayısı varyansın oranına göre belirlenmiştir. Bu doğrultuda özdeğerlerin açıkladıkları birikimli varyans

miktarının, toplam varyansı tatmin edinceye kadar faktörler modele alınmıştır. Analiz sonucunda varyans oranları ne kadar büyükse faktör yapısı da o kadar güçlü olur. Kaynaklar bu düzeyin sosyal bilimlerde %40 ile %60 arasında olmasını yeterli kabul etmektedir (Karagöz, 2014).

4.7.2. Farklılık Analizleri İçin Kriterler

İkiden fazla kantitatif ana kütle ortalamasının birbirine eşit olup olmadığını test etmek için kullanılan analiz tekniğine F testi (ANOVA, Analysis of Variance) denilmektedir (Karagöz, 2014). Bu testin ön şartlarından birisi bütün grupların normal dağılım sergileyen bir ana kitleden tesadüfi olarak seçilmiş örnekler olması ve bütün grupların (3 grup veya daha fazla) varyanslarının birbirine eşit olması istenmektedir (Altunışık ve diğ., 2010).

Parametrik testler içerisinde iki bağımsız grup arasında fark olup olmadığına ise Independent Sample Test ile bakılmaktadır. Bu çalışmada da grup içi değişken sayısı üçten az olan cinsiyet (erkek ve kadın) ve yaşanan il (Bolu ve Düzce) arasında fark olup olmadığı bağımsız iki grup arası farkların testi (independent sample t test) ile analiz edilmiştir. Yaş, gelir, medeni durum, meslek, hastane başvuru sayısı, sağlık güvencesi ve genel olarak tercih edilen hastane ile ilgili veriler ise One-Way ANOVA testi ile analiz edilmiştir.

4.7.3. Korelasyon Analizi İçin Kriterler

Korelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkinin derecesinin ve yönünün belirlenmesinde kullanılan bir tekniktir. Değişkenler arasındaki ilişkiler basit korelasyon veya kısmi korelasyon teknikleriyle ölçülmektedir. Basit korelasyonda bir değişkenin bir veya daha fazla değişkenle aralarındaki ilişkiyi ölçmek için çoklu korelasyon, bir değişkeni sabitleyerek diğer değişkenlerle olan ilişkisini ortaya çıkarmak için kısmi korelasyon tekniği kullanılır (Büyüköztürk, 2015). Bu çalışmada ise değişkenler arasındaki ilişki basit çoklu korelasyon ile ölçülmüştür. Korelasyon analizi neticesinde hesaplanan korelasyon katsayısı r ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında değerler alabilir. Katsayının +1 veya -1 olması durumunda iki değişken arasında mükemmel bir doğrusal ilişkinin olduğunun göstergesidir. Fakat -1 olduğu durumda ilişkinin yönü ters yönde gerçekleşir. Yani bir değişken artarken diğeri azalır. +1

olduğu durumda ise değişkenler arasında doğru orantı vardır. Yani bir değişken artarken diğerı de artar (Altunışık ve diğer., 2010; Karagöz, 2014). Korelasyon katsayısının büyüklük bakımından yorumlanmasında tam olarak karara varılan aralıklar bulunmamakla birlikte iki değişken arasındaki ilişki değerinin 0.70-1.00 arasında olması yüksek, 0.30-0.70 arasında olması orta ve 0.10-0.30 arasında olması düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2015).

İki değişken için hesaplanan bir Pearson korelasyon katsayısı (Büyüköztürk, 2015);

- a) Kuvvet (düşük-orta-yüksek)
- b) Yön (pozitif-negatif)
- c) Açıklanan varyans
- d) İstatistiksel anlamlılık
- e) Pratik anlamlılık açısından yorumlanabilir.

Araştırma sağlık hizmet sektöründe yapılan bir inceleme olması nedeniyle istatistiksel anlamlılığın yorumlanmasının yanı sıra pratik anlamlılık açısından daha fazla yorumlanacaktır. Çünkü iki değişken arasında hesaplanan bir korelasyon katsayısının sıfırdan anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan test işleminde sonunda korelasyon katsayısı çok düşük olmasına karşılık anlamlı çıkabilir ya da yüksek düzeyde bir korelasyon katsayısı anlamlı çıkmayabilir. Bu durum büyük ölçüde puanların toplandığı denek sayısına bağlıdır. Örneğin beş kişiden oluşan bir örnekle hesaplanan $r=0.70$, $\alpha=.05$ ' anlamlı değildir. Buna karşılık 100 kişilik bir örnekten hesaplanan $r=0.20$, $\alpha=.05$ ' anlamlıdır. Bu gibi durumlarda araştırmacı hesaplanan korelasyon katsayısının büyüklüğünü ve açıklanan varyansın pratikteki önemini dikkate alarak esnek bir yoruma gidebilir (Büyüköztürk, 2015). Bu doğrultuda sağlık hizmet sektöründe müşterilerin etkilendiği değişken sayısı fazladır. Hizmet sektöründe pazarlama karması elemanlarının 7P olarak ifade edilmesi de sağlık hizmet sektöründe değişken sayısının fazla olduğunu göstermektedir.

4.7.4. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi İçin Kriterler

Regresyon analizi bağımsız değişkenin değerlerine dayanarak, bağımlı değişkenin ortalama değerini tahmin eder. Başka bir ifadeyle regresyon analizi, bağımsız değişkenin değerlerine dayanarak, bağımlı değişkenin ortalama değerlerinin elde edilebildiği denklem değeridir (Karagöz, 2014). Tek bir bağımsız değişkenin kullanıldığı regresyon tek değişkenli regresyon analizi, birden fazla bağımsız değişkenin kullanıldığı regresyon analizine de çoklu regresyon analizi denilmektedir (Altunışık ve diğ., 2010). Çoklu regresyon analizi, bağımsız değişkenler tarafından bağımlı değişken de açıklanan toplam varyansın yorumlanmasına, açıklanan varyans istatistiksel anlamlılığına, bağımsız değişkenlerin istatistiksel anlamlılığına ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin yönüne ilişkin yorum yapma olanağı verir (Büyüköztürk, 2015).

Regresyon analizi genel olarak(Altunışık ve diğ., 2010);

- “Bağımlı değişkendeki değişimin önemli bir kısmı bağımsız değişkenlerce açıklanabilir mi?
- Bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarı bağımsız değişken tarafından açıklanabilmektedir?
- Değişkenler arasında ne türlü bir ilişki vardır?
- Bağımlı değişkene ait ileriye dönük değerler tahmin etmek mümkün müdür?
- Belirli şartların kontrol altına alınması durumunda özel bir değişken veya değişkenler kümesinin diğer değişken veya değişkenler üzerinde ki etkileri nedir ve nasıl değişmektedir?” vb. gibi sorulara yanıt aramaktadır.

Bu araştırmada da yapılan değişkenlerin birden fazla olması ve araştırma modelinde de görüldüğü üzere değişkenler arasında etki ve ilişkilerin varsayımı çoklu doğrusal regresyon analizini gerekli kılmaktadır. Yapılan regresyon analizleri sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini etkilemesi üzerine yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyetini etkilemesi üzerine yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır.

4.8. Evren ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Bolu ve Düzce illeri oluşturmaktadır. Nicel araştırma yönteminin kullanıldığı bu çalışmada veriler yüz yüze anket tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada, örnekleme yöntemi olarak tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi uygulanmıştır. 2014 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre Bolu nüfusu 284.789 kişi, Düzce ili 355.549 kişidir (<http://www.tuik.gov.tr/>). Örneklem büyüklüğü literatürde sıkça kullanılan formül ile hesaplanmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004):

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1)}$$

Bu eşitlikte;

N: Hedef Kitledeki Birey Sayısı

n: Örneklem Hacmi

p: İncelenen Olayın Oluş Sıklığı

q: İncelenen olayın olmayış sıklığı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosunda bulunan teorik değer

d: Olayın oluş sıklığına göre kabul edilen +/- örnekleme hatası

Bu doğrultuda, 640.338 kişinin yaşadığı Düzce ve Bolu şehirlerini %5 hata payı ve %95 güven aralığında 384 kişilik bir örneklem temsil edebilmektedir. Bununla beraber, değerlendirilmeye alınamayacak anketler de dikkate alınarak evreni temsil etme gücünü artırmak için örneklem 600 kişi olarak belirlenmiştir.

4.9. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, Bolu ve Düzce illerinde ankete katılması gereken kişi sayısının belirlenmesinin ardından 01.06.2015-01.08.2015 tarihleri arasında Bolu ilinde ikamet eden 300 kişiden ve 02.08.2015-01.10.2015 tarihleri arasında Düzce ilinde ikamet eden 300 kişiden toplanmıştır. Anketlerin toplanmasında araştırmaya katılmaya gönüllü kişilerle görüşülmüş, araştırmanın amacı, kapsamı ve taşıdığı değer ifade edilmiştir. Bunun sonucunda, araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerle yüz yüze anket uygulaması yapılarak araştırma verileri toplanmıştır. Ancak toplanan

verilerden Bolu ilinde 24 anket, Düzce ilinde de 17 anket yanlış doldurulduğundan veri analiz sürecine dâhil edilmemiştir.

4.10. Araştırma Verilerinin analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS.21 paket programı kullanılmıştır. Öncelikle anket tekniği ile elde edilen veriler kodlanarak SPSS paket programına girilmiştir. Verilerin programa girilmesinin ardından ilk olarak güvenilirlik testi yapılmıştır. Daha sonra araştırmanın amacına uygun olarak, kodlanan veriler demografik özellikler açısından betimsel analizleri ifade eden ortalama, frekans ve yüzde değerleri açısından incelenmiştir. Daha sonra araştırmanın değişkenleri olan sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki ve etki bakımından inceleyebilmek amacıyla faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizinin ardından sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile test edilmiştir. Sağlık hizmet kalitesinin ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyetine etkisi ise çoklu doğrusal regresyon analizi tekniği ile analiz edilmiştir. Son olarak veri analizinde katılımcıların sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyetine yönelik görüşlerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla One-Way Anova ve Independent Sample-T testleri kullanılmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde SPSS 21 paket programı aracılığıyla elde edilen analiz sonuçları değerlendirilecektir. Bu doğrultuda öncelikle katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilecektir. Sonrasında araştırma sorunsalını oluşturan değişkenlerle ilgili açıklayıcı faktör analizi, korelasyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizleri ve farklılık testleri ile ilgili sonuçlar incelenecektir.

5.1. Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, gelir, sağlık güvencesi, son bir yıl içerisinde hastaneye kaç defa gittiği ve genel olarak tercih ettiği sağlık hizmet sunucusu bilgileri ile ilgili betimsel bulgular tablo 5.1’de gösterilmektedir.

Tablo 5.1. Demografik Bulgular

Demografik Özellikler	Gruplar	Kişi Sayısı	Yüzde değeri
Cinsiyet	Erkek	281	%50.3
	Kadın	278	%49.7
Yaş Aralığı	18-25	140	%25
	26-35	179	%32
	36-45	108	%19.3
	46-55	65	%11.6
	56 ve üzeri	67	%12
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	36	%6.4
	Ortaokul Mezunu	47	%8.4
	Lise Mezunu	225	%40.3
	Üniversite Mezunu	228	%40.8
	Yüksek Lisans/Doktora Mezunu	23	%4.1
Meslek	İşçi	51	%9.1
	Devlet Memuru	137	%24.5
	Özel Sektör Çalışanı	103	%18.4
	Ev Hanımı	52	%9.3
	Serbest Meslek	47	%8.4
	Öğrenci	86	%15.4
	Çalışmıyor	13	%2.3
	Emekli	70	%12.5

Tablo 5.1'in devamı

Medeni Durum	Evli	343	%61.4
	Bekâr	206	%36.9
	Boşanmış	10	%1.8
Gelir	1000 TL ve Altı	34	%6.1
	1001-1500	123	%22
	1501-2000	113	%20.2
	2001-2500	95	%17
	2501 ve Üzeri	194	%34.7
Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı	1 Defa Gittim	113	%20.2
	2 Defa Gittim	94	%16.8
	3 Defa Gittim	78	%14
	3 Defadan Fazla Gittim	274	%49
Sağlık Güvencesi	Bağkur	61	%10.9
	SSK	300	%53.7
	Emekli Sandığı	161	%28.8
	Yeşil Kart	8	%1.4
	Özel Sağlık Sigortası	8	%1.4
	Sağlık Güvencesi Yok	21	%3.8
Tercih Edilen Sağlık Hizmet Sunucusu	Devlet Hastanesi	332	%59.4
	Üniversite Hastanesi	125	%22.4
	Özel Hastane	102	%18.2
Yaşanan İl	Bolu	276	%49,4
	Düzce	283	%50,6

Tablo 5.1. incelendiğinde Bolu ve Düzce illerinde araştırmaya katılan (toplam 559) erkek ve kadın sayıları ve oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Katılımcıların demografik özellikleri içerisinde yer alan ikinci soru ise yaştır. Yaş grubuna bakıldığında yaklaşık %75'lik bir oran ile orta yaş grubu çoğunluktadır. Demografik özelliklerin bir diğer sorusu ise eğitim durumunu gösteren mezun olunan okuldur. Cevaplayıcıların eğitim durumuna bakıldığında yaklaşık %80'inin oluşturan kısmın lise ve üniversite mezunu olması ankete katılanların eğitim durumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Eğitim durumunun yüksek olması cevaplayıcıların değişkenleri algılamalarını önemli kılmaktadır. Ankete katılan cevaplayıcıların mesleklerine bakıldığında meslek gruplarının birbirine yakın sayıda katılım gösterdiği ortaya çıkmıştır. Sadece devlet memurları oranının diğerlerinden biraz daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Demografik bulguların bir diğer sonucu da medeni durum bakımından evli olanların ankete %61.4'lük bir dilimle daha fazla katılım göstermiş

olmasıdır. Evli çiftlerin çocuk sahibi oldukları varsayımıyla bekârlara göre daha fazla sağlık hizmet sunucularını tercih ettikleri söylenebilir. Ankete katılanların gelir seviyelerine bakıldığında gelir durumu yüksek olanlar ve düşük olanların eşit şekilde ankete katıldıkları söylenebilir. Ulaşılan bir diğer bulgu son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ile ilgilidir. Müşterilerin 3 defa veya daha fazla sağlık kuruluşlarına başvuru sayısının ankete katılanların yaklaşık %63'ünü oluşturması kişilerin sağlık hizmetleriyle ve çalışanlarla daha fazla karşılaşmış olduğunu göstermektedir. Bu durumda kişilerin anketi daha iyi değerlendirebileceği varsayılabilir. Ankete katılanların yaklaşık %96'sının sağlık güvencesinin olması sağlık güvencesi bakımından sorun yaşanmadığını göstermektedir. Ayrıca sağlık hizmet sunucularının kullanılmasında kısıtlama olmaması sağlık tüketicilerinin her sağlık hizmet sunucusuna kolayca ulaşabileceğini de göstermektedir. Anketi cevaplayanların %60'a yakınının devlet hastanelerini kullanmaları dikkat çekmektedir. Bu durumda genel olarak tüketiciler sağlık problemlerinin çözümüyle ilgili tercihini devlet hastanelerinden yana kullandıkları söylenebilir. Üniversite hastanesi ve özel hastane tercih durumları ise birbirine yakındır. Katılımcıların yaşadıkları yer dikkate alındığında her iki ildeki (Bolu-Düzce) katılım düzeyinin bir birine yakın olduğu görülmektedir.

5.2. İyi Doktor Tanımlamasında Tüketici Beklentisi

Araştırmaya katılanlara iyi doktor tanımlamasıyla ilgili beklentilerini ortaya çıkaracak çeşitli değerlendirme kriterleri yöneltilmiştir. Kriterlere ilişkin ortalamalar tablo 5.2'de gösterilmektedir.

Tablo 5.2. Tüketicilerin İyi Doktor Tanımlaması ile İlgili Beklenti Ortalamaları

Beklentiler	Ortalama
Alanıyla ilgili Bilgili	4,8387
Hijyenik	4,7706
Dürüst	4,4883
Anlayışlı	4,4741
Açık Sözlü	4,3993
Güler Yüzlü	4,3792
Nazik	4,2711
Samimi	4,2172
Mütevazı	4,1151
Ciddi	4,1135

Tablo 5.2'ye bakıldığında tüm beklentilerde ortalamanın (3,00) üzerinde değerler ortaya çıkmıştır. Kriterlerde en yüksek değere sahip beklentinin “doktorların alanıyla ilgili bilgili olması” dikkat çekmektedir. Yani ankete katılanların en yüksek beklentisi doktorların nitelikli olmasıdır. Bu beklentiye sırasıyla; doktorların hijyenik olması, dürüst olması, anlayışlı olması, açık sözlü olması, güler yüzlü olması, nazik olması, samimi olması, mütevazı (alçak gönüllü) olması ve ciddi olması takip etmektedir. Benzer bir çalışmada Hall ve arkadaşları (1988) doktorların alanıyla ilgili bilgili olması hastaların hizmet kalitesini değerlendirmelerinde ve karar vermelerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Ayrıca hastaların memnuniyet seviyelerinin yükselmesinde doktorların yeterli olarak algılanmaları araştırmanın bir diğer sonucudur.

5.3. Faktör Analizlerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti ile ilgili yapılan açıklayıcı faktör analiz sonuçları ortaya konulmuştur.

5.3.1. Sağlık Hizmet Kalitesi Faktör Analizi

Katılımcıların sağlık hizmet kalitesi ile ilgili algılarını oluşturan veriler üzerinden açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu kapsamda gerçekleştirilen analiz çıktıları tablo 5.3'te gösterilmektedir. Faktör analizinin yapılabilmesi Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem yeterliliği ölçüsünün 0,50'nin üzerinde olması ve Barlett testi sonucunun anlamlı olması gerektiği önceki bölümlerde belirtilmişti (Altunışık ve diğ., 2010; Kalaycı, 2008). Tablo 5.3. incelendiğinde sağlık hizmet kalitesi ölçeği için yapılan faktör analizi ile ilgili Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Barlett testi sonucunun yeterli olduğu görülmektedir (KMO değeri 0,897. Barlett testi sonucu $p < 0,001$). Ortaya çıkan bu sonuç sağlık hizmet kalitesi faktör analizinde örneklem yeterliliğinin ve büyüklüğünün araştırma için çok iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 5.3. Sağlık Hizmet Kalitesi Açıklayıcı Faktör Analizi

Boyutlar	İfadeler	Ort.	Faktör yükleri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
Güvenilirlik	Bu hastanede yapılması planlanan işlemler aynen uygulanmaktadır.	3,3543	,762	33,922	6,106
	Bu hastane randevulara uygun hareket etmektedir.	3,5558	,711		
	Hastalar bu hastanenin çalışanlarıyla olan işlemlerinde güven hissetmektedirler.	3,3189	,697		
	Bu hastanede çalışanlar hastalar ile ilişkilerde güven vermektedir.	3,2441	,682		
	Bu hastanede geçmişe yönelik tutulan kayıtlar doğrudur.	3,5425	,676		
	Yapılacak bir işlem veya sonraki işlemler için hizmetin tam olarak ne zaman yapılacağı çalışanlar tarafından söylenmektedir.	3,4355	,669		
	Bu hastane çalışanları hastaların problemleri olduğunda cana yakın davranırlar.	3,1199	,652		
	Bu hastanede çalışanlar hastalara karşı saygılı davranmaktadır.	3,3928	,614		
	Bu hastane şahsi bilgilerimin saklanmasında güvenilirdir.	3,4829	,600		
Fiziksel görünüm	Bu Hastane modern araç- gereç ve donanıma sahiptir.	3,3063	,850	12,451	2,241
	Hastanede hizmet sunumunda kullanılan materyallerin görünümü çekicidir.	3,1087	,800		
	Bu hastanede fiziksel materyallerin görünümü sunulan hizmetlerin türüne uygundur.	3,5072	,700		
	Bu hastane çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	3,6613	,641		
İsteklilik	Bu hastanede çalışanlar müşterilere yardımcı olma noktasında arzuludur.	2,9292	,759	7,489	1,348
	Bu hastanenin çalışanlarının müşteriye sağlık hizmetini hızlı bir şekilde sunması gerçekçidir.	3,0251	,694		
Empati	Bu hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlayışla karşılamaktadır.	3,018	,730	6,040	1,087
	Bu hastanede hastalar için yapılan işlemlerin saatleri uygundur.	2,6834	,654		
	Bu hastane çalışanları müşterilerin isteklerine cevap verebilecek bilgiye sahiptir.	2,8584	,599		
Değerlendirme Kriterleri	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: 0,897 Approx. Chi-Square: 3555,901 Barlett's Test of Sphericity: 0,000 Extraction Method: Principal Components Rotation Method: Varimax Açıklanan Varyans Toplamı: 59,903				

Sağlık hizmet kalitesi faktör analizi için temel bileşenler analizi ve Varimax döndürme tekniği kullanılmıştır. Düşük eşdeğerlik gösteren değerler (0,45'in altındaki ifadeler) ölçekten çıkarılmıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmet kalitesi ile ilgili ölçekte yer alan 20 maddeden 17. ve 13. sorular düşük eşdeğerlik gösterdikleri için çıkarılmıştır. Ölçekten 17. ve 13. sorular çıkarıldıktan sonra 18 madde kalmıştır. Bu maddelerin 4 faktör altında toplandıkları tablo 5.3'te görülmektedir.

Faktör analizi sonucuna göre birinci faktör 9 maddeden, ikinci faktör 4 maddeden, üçüncü faktör 2 maddeden ve dördüncü faktör 3 maddeden oluşmaktadır. Tablo 5.3'e bakıldığında birinci faktörün yükleri 0,600 ile 0,762 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular tüketicilerin hastane çalışanlarına güven duymaları, tutulan kayıtların doğruluğu, çalışan davranışları ve uygulanan hizmetlerin doğruluğu ifadeleri birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "güvenilirlik" ismi verilmiştir. İkinci faktörün yükleri 0,641 ile 0,850 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular tüketicilerin hastane görünümü, hastane altyapısını oluşturan araç ve donanımı, sağlık hizmeti sunumunda kullanılan materyallerin görünümü ile ilgili algısını oluşturan ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre de "fiziksel görünüm" ismi verilmiştir. Üçüncü faktörün yükleri 0,694 ile 0,759 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular hastane çalışanlarının tüketicilere sağlık hizmeti sunmasında istekli, arzulu davranışlarıyla ilgili ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "isteklilik (heveslilik)" ismi verilmiştir. Dördüncü faktörün yükleri 0,599 ile 0,730 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular tüketicilerin özel ihtiyaçlarının anlayışla karşılanması, yapılan işlemlerin saatlerinin uygun olması ve çalışanların tüketicilerin isteklerine cevap verebilecek bilgiye sahip olması ile ilgili ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "empati" ismi verilmiştir.

Tablo 5.3 incelendiğinde sağlık hizmet kalitesi ile ilgili toplam açıklanan varyansının %59,903 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla ortaya çıkan 4 faktörün birlikte varyansın çoğunu açıkladıkları söylenebilir. Özdeğerlerin ve açıklanan varyansların dağılımına bakıldığında en yüksek öz değer (6,106) ve açıklanan varyansa (%33,922) güvenilirlik faktörünün sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan sağlık hizmet kalitesini açıklayan değişkenler içerisinde en yüksek paya güvenilirlik faktörünün sahip olduğu anlaşılmaktadır. Fiziksel görünüm öz değeri

2,241 ve açıklanan varyansı 12,451 ile güvenilirlikten sonra en yüksek paya sahip faktör olarak görülmektedir. Bu faktörleri isteklilik (öz değeri 1,348 ve açıklanan varyansı 7,489) ile empati (öz değeri 1,087 ve açıklanan varyansı 6,040) takip etmektedir.

5.3.2 Algılanan Doktor İmajı Faktör Analizi

Araştırma kapsamında açıklayıcı faktör analizine tabi tutulan bir diğer değişken algılanan doktor imajı değişkenidir. Toplumun zihninde doktorlarla ilgili düşüncelerin belirlenmeye çalışıldığı algılanan doktor imajı faktör analizi sonuçları tablo 5.4’de gösterilmiştir.

Tablo 5.4. Algılanan Doktor İmajı Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Boyutlar	İfadeler	Ort.	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Doktorlar hastalarını çok dikkatli dinler.	3,218	,726	25,580	8,441
	Doktorlar hastaneyle ilgili detaylı bilgi verirler.	2,5769	,710		
	Doktorlar kendilerini hastaların yerine koyarak düşünürler.	2,5144	,681		
	Doktorlar her hastayı aynı duyarlılıkla dinlediğini düşünüyorum.	2,8312	,647		
	Doktorlar hastaneyle ilgili yaşayabileceğim sıkıntılar hakkında beni bilgilendirir.	2,6047	,641		
	Doktorlar hastalığının tedavisi ile ilgili detaylı bilgi verirler.	3,3791	,640		
	Doktorlar her hastaya eşit davranırlar.	2,6905	,637		
	Şimdiye kadar karşılaştığım doktorlar işlerini iyi yapıyorlar.	3,2248	,613		
	Doktorlar hastalığının teşhisi ile ilgili detaylı bilgi verirler.	3,3669	,603		
	Doktorlar muayenelerinde her zaman yeterli özeni gösteriyorlar	2,9982	,539		
	Doktorlar hastalarına karşı saygılıdır.	3,3591	,524		
	Doktorlar hastanın seviyesine göre konuşmayı bilirler.	3,5622	,457		
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	Doktorlar son derece açık sözlüdür.	3,3436	,743	9,974	3,291
	Doktorlar dürüst insanlardır.	3,3436	,701		
	Doktorlar inandırıcıdır.	3,4928	,649		
	Doktorlar çok yönlendiricidirler.	3,2297	,629		
	Doktorlar son derece nazik insanlardır.	3,1063	,592		
	Doktorlar hastalarına karşı son derece samimidir.	2,9982	,589		
	Doktorlar alçak gönüllü insanlardır.	2,9173	,424		

Tablo 5.4'ün devamı

Doktorun Para Düşüncesi	Doktorların hastaya yaklaşımları verilen paraya göre farklılık göstermektedir.	3,614	,810	5,934	1,958
	Doktorlar hastalarının zaaflarından yararlanarak daha fazla para kazanmak istiyorlar.	3,614	,796		
	Doktorlar parayı çok sevmektedir.	3,555	,751		
	Doktorlar hastalarını müşterileri olarak görüyorlar.	3,3533	,654		
	Doktorlar hastaları vasıtaları ile kendi reklamlarını yapmış oluyorlar.	3,7766	,499		
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	Doktorlar sinirlidir.	3,009	,674	4,521	1,492
	Doktorlar hastalarıyla çok tartışır.	2,5799	,670		
	Doktor kişisel problemlerini hastasına anlatır.	1,9458	,571		
	Doktorlar soğuk insanlardır.	3,0412	,539		
	Doktorlar kibirli insanlardır.	2,9191	,506		
	Doktorlar hastalarına karşı bir konuyu vurgularken abartarak anlatır.	2,6812	,460		
Olumsuz Algılanan Doktor İtibarı	Doktorlar toplum içinde hak ettiklerinden daha fazla itibar görüyorlar.	3,2955	,764	3,994	1,318
	Doktorlar hak ettikleri saygıyı görüyorlar.	3,5494	,709		
	Toplumumuz doktorluk mesleğini gözünde çok büyütüyor.	3,2083	,576		
Değerlendirme Kriterleri	<p style="text-align: center;">Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: 0,893 Approx. Chi-Square: 5736,841 Barlett's Test of Sphericity: 0,000 Extraction Method: Principal Components Rotation Method: Varimax Açıklanan Varyans Toplamı: 50,003</p>				

Tablo 5.4 incelendiğinde algılanan doktor imajının boyutlarını belirlemek için faktör analizine tabi tutulan verilerin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Barlett testi sonucunun yeterli olduğu görülmektedir (KMO değeri 0,893. Barlett testi sonucu $p < 0,001$). Algılanan doktor imajı faktör analizi için temel bileşenler analizi ve Varimax döndürme tekniği kullanılmıştır. Düşük eşdeğerlik gösteren değerler (0,45'in altındaki ifadeler) ölçekten çıkarılmıştır. Bu doğrultuda algılanan doktor imajı ile ilgili ölçekte yer alan 51 maddeden düşük eşdeğerlik gösteren, birden fazla faktörde yüksek faktör yükü veren, faktör yükü olmayan, tek başına kalan 18 ifade çıkarılmıştır. Ölçekten 18 madde çıkarıldıktan sonra 33 madde kalmıştır. Bu maddelerin 5 faktör altında toplandıkları tablo 5.4'de görülmektedir.

Tablo 5.4'e bakıldığında algılanan doktor imajı ile ilgili toplam açıklanan Varyansının %50,003 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla ortaya çıkan 5 faktörün

birlikte varyansın çoğunu açıkladıkları söylenebilir. Özdeğerlerin ve açıklanan varyansların dağılımına bakıldığında en yüksek öz değere birinci faktörünün 8,441 ve açıklanan varyansının %25,580 sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçla algılanan doktor imajını açıklayan değişkenler içerisinde en yüksek paya birinci faktörünün sahip olduğu anlaşılmaktadır. İkinci faktörün ise öz değeri 3,291 ve açıklanan varyansı 9,974 ile birinci faktörden sonra en yüksek paya sahip faktör olarak görülmektedir. Üçüncü faktörün öz değeri 1,958 ve açıklanan varyansı 5,934'dür. Dördüncü faktörün öz değeri 1,492 ve açıklanan varyansı 4,521'dir. Beşinci faktörün öz değeri 1,318 ve açıklanan varyansı 3,994'dür. Faktör analizi sonucuna göre birinci faktör 12 maddeden, ikinci faktör 7 maddeden, üçüncü faktör 5 maddeden, dördüncü faktör 6 maddeden ve beşinci faktör 3 maddeden oluşmaktadır.

Tablo 5.4'e bakıldığında birinci faktörün yükleri 0,457 ile 0,726 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular doktorun hastayı bilgilendirmesi, dinlemesi, hastaya özen göstermesi, hastayı düşünebilmesi vb. ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "doktorun hastayı bilgilendirmesi" ismi verilmiştir. İkinci faktörün yükleri 0,424 ile 0,743 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular doktorun dürüstlüğü, inandırıcılığı, yönlendirmesi, nazik olması, alçak gönüllü olması, açık sözlü olması ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre de "olumlu algılanan doktor davranışı" ismi verilmiştir. Üçüncü faktörün yükleri 0,499 ile 0,810 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular doktorların para kazanmasıyla ilgili düşünceleri, hastaları müşteri olarak görmeleri, kendi reklamlarını yapmak istemeleri gibi ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "doktorun para düşüncesi" ismi verilmiştir. Dördüncü faktörün yükleri 0,460 ile 0,674 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular doktorun sinirli olması, tartışmacı olması, soğuk davranması, kibirli olması, kişisel problemlerini hastaya yansıtması ile ilgili olumsuz davranış sergileme tutumu ifadeleri birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "olumsuz algılanan doktor davranışı" ismi verilmiştir. Beşinci faktörün yükleri 0,576 ile 0,764 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular doktorlar toplum içinde hak ettiklerinden daha fazla itibar görmeleri, doktorlar hak ettikleri saygıyı görmeleri ve toplumun doktorluk mesleğini gözünde çok büyütmesi ile ilgili ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "olumsuz algılanan doktor itibarı" ismi verilmiştir.

5.3.3. Müşteri Memnuniyeti Faktör Analizi

Araştırma kapsamında açıklayıcı faktör analizi uygulanan son değişken müşteri memnuniyeti değişkenidir. Katılımcıların sağlık hizmeti aldıkları kuruluşlardan memnuniyet düzeylerinin belirlendiği faktör analiz sonuçları tablo 5.5’da gösterilmektedir.

Tablo 5.5. Müşteri Memnuniyeti Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Boyutlar	İfadeler	Ortalama	Faktör yükleri	Açıklanan varyans	Öz Değer
Fiziksel kanıtlardan memnuniyet	Hastanelerin görüntüsünden memnunum.	3,2908	,874	57,088	4,567
	Hastanelerin temizliğinden memnunum.	3,1306	,785		
	Hastanelerde çalışanların görünümünden memnunum.	3,3739	,782		
	Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnunum.	3,0572	,685		
	Hastanelerde sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığından memnunum.	3,1073	,646		
Doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinde memnuniyet	Hastanelerde hemşirelerin hastalara karşı davranışlarından memnunum.	3,1682	,851	13,210	1,057
	Hastanelerde diğer yardımcı sağlık personelin hastalara karşı davranışlarından memnunum.	3,2862	,843		
	Hastanelerde doktorların hastalara karşı davranışlarından memnunum.	3,3685	,786		
Değerlendirme kriterleri	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: 0,886 Approx. Chi-Square: 2385,372 Barlett’s Test of Sphericity: 0,000 Extraction Method: Principal Components Rotation Method: Varimax Açıklanan Varyans Toplamı: 70,298				

Tablo 5.5. incelendiğinde müşteri memnuniyeti boyutlarını belirlemek için faktör analizine tabi tutulan verilerin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Barlett testi sonucunun yeterli olduğu görülmektedir (KMO değeri 0,886; Barlett testi sonucu $p < 0,001$). Müşteri memnuniyeti faktör analizi için temel bileşenler analizi ve Varimax döndürme tekniği kullanılmıştır. Ölçekte yer alan 7. ifade iki

faktörde de yüksek yük değerine sahip olduğu için analizden çıkarılmıştır. Müşteri memnuniyeti ile ilgili ölçekte yer alan 8 madde 2 faktör altında toplanmıştır.

Tablo 5.5'e bakıldığında müşteri memnuniyeti ile ilgili toplam açıklanan Varyansının %70,298 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla ortaya çıkan 2 faktörün birlikte varyansın çoğunu açıkladıkları söylenebilir. Özdeğerlerin ve açıklanan varyansların dağılımına bakıldığında en yüksek öz değer 4,567 ve açıklanan varyansa %57,088 birinci faktörün sahip olduğu görülmektedir. İkinci faktörün ise öz değeri 1,057 ve açıklanan varyansı 13,210'tür. Faktör analizi sonucuna göre birinci faktör 5 maddeden, ikinci faktör 3 maddeden oluşmaktadır.

Tablo 5.5'e bakıldığında birinci faktör 0,646 ile 0,874 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular hastane ve çalışan görünümü, sağlık hizmet kalitesi ve ulaşım kolaylığı gibi ifadeler birlikte düşünüldüğünde bu faktöre "fiziksel kanıtlardan memnuniyet" ismi verilmiştir. İkinci faktörün yükleri 0,786 ile 0,851 değerleri arasında değişmektedir. Ankette yer alan sorular hastanede çalışan doktor, hemşire ve diğer yardımcı personelden memnuniyet ifadeleri birlikte düşünüldüğünde bu faktöre de "doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinde memnuniyet" ismi verilmiştir.

5.4. Araştırma Verilerinin Güvenilirliği

Araştırmanın güvenilirliği Cronbach's Alpha Katsayısı yöntemi ile analiz edilmiştir. Araştırmanın değişkenlerini oluşturan sağlık hizmet kalitesi 20 soruyla, algılanan doktor imajı 51 soruyla, iyi doktor tanımlaması 10 soruyla ve memnuniyet ölçüğü 9 soruyla güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur. Değişkenlere ilişkin Cronbach's Alpha Katsayıları tablo 5.6'de gösterilmektedir.

Tablo 5.6. Güvenilirlik Testi

Değişken isimleri	Cronbach's Alpha Katsayısı
Sağlık Hizmet Kalitesi	0,822
Algılanan Doktor İmajı	0,834
İyi Doktor Tanımlaması	0,852
Müşteri (hasta) Memnuniyeti	0,907
Anket Güvenilirliği Toplam	0,903

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda, 90 soru ile ölçülen toplam güvenilirlik 0,903 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın güvenilirliği oldukça yüksektir.

Tablo 5.6’da görüldüğü üzere sağlık hizmet kalitesi için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s Alpha Katsayısı 0,822, algılanan doktor imajı için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s Alpha Katsayısı 0,834, İyi Doktor Tanımlaması için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s Alpha Katsayısı 0,852 ve Müşteri (hasta) Memnuniyeti için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s Alpha Katsayısı 0,907 olarak bulunmuştur.

5.5. Sağlık Hizmet Kalitesi, Algılanan Doktor İmajı ve Müşteri Memnuniyeti Boyutları İle İlgili Betimleyici İstatistikler

Açıklayıcı faktör analizinden sonra, elde edilen değişkenlerle ilgili betimleyici istatistikler incelenmiştir. Her bir değişkene ait ortalamalar, standart sapmalar, güvenilirlik katsayıları, soru sayıları ve kullanılan ölçek düzeyleri ile ilgili sonuçlar tablo 5.7’de sunulmaktadır.

Tablo 5.7. Faktörler İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Yapılar	Faktörler	Ort.	Std. Sapma	Soru Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı	Ölçek Düzeyi
Sağlık Hizmet Kalitesi	Güvenilirlik	3,3836	,69807	9	,883	5
	Fiziksel görünüm	3,3998	,77497	4	,799	5
	İsteklilik	3,0224	,85139	2	,631	5
	Empati	3,1467	,71956	3	,668	5
Algılanan Doktor İmajı	Doktorun hastayı bilgilendirmesi	3,0271	,75265	12	,883	5
	Olumlu algılanan doktor davranışı	3,2047	,68626	7	,832	5
	Doktorun para düşüncesi	3,5043	,76301	5	,759	5
	Olumsuz algılanan doktor davranışı	2,6996	,61481	6	,687	5
	Olumsuz algılanan doktor itibarı	3,3515	,84973	3	,705	5
Müşteri Memnuniyeti	Fiziksel kanıtlardan memnuniyet	3,2743	,94871	5	,866	5
	Doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinin memnuniyeti	3,1919	1,01340	3	,841	5

Tablo 5.7. incelendiğinde sağlık hizmet kalitesinde en yüksek ortalamaya fiziksel görünümün (Ort: 3,3998), algılanan doktor imajında en yüksek ortalamaya doktorun para düşüncesinin (Ort: 3,5043) ve müşteri memnuniyetinde en yüksek

ortalamaya fiziksel kanıtlardan memnuniyetin (Ort: 3,2743) sahip olduğu görülmektedir. Güvenilirlik katsayılarının 0,60'dan yüksek olması araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır.

5.6. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı ile İlgili Korelasyon Analiz Sonuçları

Faktörlerin güvenilir olduklarının tespitinden sonra modelde yer alan sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizi Tablo 5.8'de gösterilmektedir.

Tablo 5.8. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı Alt Boyutları ile İlgili Korelasyon Analizi

Faktörler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Güvenilirlik	1								
2. Fiziksel Görünüm	,591**	1							
3. İsteklilik	,224**	,067	1						
4. Empati	,052	,043	386**	1					
5. Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	,520**	,247**	,112**	-,008	1				
6. Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	498**	,261**	,118**	-,003	,658**	1			
7. Doktorun Para Düşüncesi	-,104*	-,084*	-,214**	-,196**	-,140**	-,172**	1		
8. Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	-,158**	-,027	-,237**	-,288**	-,183**	-,285**	336**	1	
9. Olumsuz Algılanan Doktor İtibarı	-,025	,036	-,156**	-,173**	-,029	-,064	263**	,298**	1

* Korelasyonlar 0.05 düzeyinde anlamlı, ** Korelasyonlar 0.01 düzeyinde anlamlı.

Tablo 5.8. incelendiğinde, sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı değişkenlerinin alt boyutları arasında düşük ve orta düzeyde anlamlı, pozitif ve negatif ilişkilerin var olduğu görülmektedir. 0.00-0.30 arası değerler düşük düzey ilişkiye ve 0.30-0.70 arası değerler orta düzey ilişkiye işaret ederken 0.70-1.00 arası değerler yüksek düzey mükemmel ilişkiye işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2015).

Bu varsayımlar çerçevesinde Tablo 5.8’de korelasyon analiz sonuçları incelendiğinde; güvenilirlik boyutu ile doktorun hastayı bilgilendirmesi ve olumlu algılanan doktor davranışı arasında orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki vardır. Güvenilirlik boyutu ile doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışı arasında ise düşük düzeyde ve negatif anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu doğrultuda **H1a**, **H1b**, **H1c** ve **H1d**, hipotezleri kabul edilmiştir.

Sağlık hizmet kalitesinin diğer bir boyutu olan fiziksel görünüm ile doktorun hastayı bilgilendirmesi ve olumlu algılanan doktor davranışı arasında düşük düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel görünüm ile doktorun para düşüncesi arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçla **H1f**, **H1g** ve **H1h** hipotezleri kabul edilmiştir.

İsteklilik boyutu ile doktorun hastayı bilgilendirmesi ve olumlu algılanan doktor davranışı arasında düşük düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki vardır. İsteklilik boyutu ile doktorun para düşüncesi, olumsuz algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor itibarı arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda **H1k**, **H1l**, **H1m**, **H1n** ve **H1o** hipotezleri kabul edilmiştir.

Sağlık hizmet kalitesinin son boyutu olan empati ile doktorun para düşüncesi, olumsuz algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor itibarı arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçla **H1s**, **H1t** ve **H1u** hipotezleri kabul edilmiştir.

5.7. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajı ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri

Araştırmanın bu bölümünde sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır.

Çoklu doğrusal regresyon analizi (Multiple Linear Regression), bağımlı değişkenle ilişkili olan iki ya da daha çok bağımsız değişkene (yordayıcı değişkene) dayalı olarak, bağımlı değişkenin tahmin edilmesine yönelik bir analiz türüdür (Büyüköztürk, 2015). Çoklu doğrusal regresyon analizi öncesinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin doğrusal olup olmadığı ve

puanların normal dağılım gösterip göstermedikleri incelenmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş artık değerler ile standardize edilmiş yordanan değerler için oluşturulan saçılma diyagramlarının doğrusal bir ilişkiyi tanımladığı, noktaların bir eksen etrafında toplanma eğilimi olduğu gözlenmiştir. Standardize edilmiş yordanan değerler için oluşturulan histogram ve normal dağılım eğrilerinin de normale yaklaşık bir dağılım gösterdiği görülmüştür.

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki görece önem sırasını yorumlamak için standardize edilmiş regresyon katsayıları olan β (beta) değerlerine işaretlerine dikkat edilmeksizin bakılmış, en yüksek beta değerine sahip olan bağımsız değişken görece olarak en önemli değişken olarak kabul edilmiştir. Diğer taraftan bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantılılık (multi-colinearity) sorunu olup olmadığını incelemek için tolerans değerleri ve VIF değerleri incelenmiştir. Ayrıca bağımsız değişkenler ile hata terimleri ilişkisini incelemek için Durbin – Watson katsayısı kullanılmıştır.

5.7.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Çoklu doğrusal regresyon analizi için ilk olarak sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerine etkileri incelenmiştir. Tablo 5.9’da sağlık hizmet kalitesinin alt boyutlarından “güvenilirliğin”, “fiziksel görünümün” ve “istekliliğin” “fiziksel kanıtlardan memnuniyet” üzerindeki etkisi ile ilgili sonuçlar yer almaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre empati ile fiziksel kanıtlardan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığından regresyon modelinden çıkarılmıştır.

Tablo 5.9. Sağlık Hizmet Kalitesi-Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Std. Hata _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r	Tol.	VIF
Sabit	,725	,208	-	3,484	,001	-	-	-	-
Güvenilirlik	,483	,064	,355	7,555	,000	,469	,305	,617	1,622
Fiziksel Görünüm	,229	,056	,187	4,067	,000	,398	,170	,646	1,547
İsteklilik	,018	,042	,016	,428	,669	,109	,018	,943	1,060
Bağımlı değişken: Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet									
R: 0,493 R ² : 0,243 F _(3, 555) :59,357 p:0,000 Durbin-Watson: 1,487									

Tablo 5.9. incelendiğinde güvenilirlik, fiziksel görünüm ve isteklilik ile fiziksel kanıtlardan memnuniyet arasında orta ve düşük düzeyde (sırasıyla; 0,469; 0,398; 0,109) pozitif anlamlı bir ikili korelasyon olduğu görülmektedir. VIF değerleri arasında 10'dan yüksek bir değer ve tolerance değerleri arasında 0.20'den daha düşük bir değer olmadığı için bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantılılığın olmadığı söylenebilir. Ayrıca Durbin–Watson katsayısı (1,487) bağımsız değişkenler ile hata terimleri arasında sorunlu bir ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Diğer taraftan sağlık hizmet kalitesi alt boyutları (güvenilirlik, fiziksel görünüm ve isteklilik), fiziksel kanıtlardan memnuniyet ile orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermektedir (R: 0,493, R²: 0,243, p: 0,000). Sağlık hizmet kalitesi alt boyutları, fiziksel kanıtlardan memnuniyetteki toplam varyansın %24'ünü açıklamaktadır.

Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, sağlık hizmet kalitesi alt boyutlarının fiziksel kanıtlardan memnuniyet üzerindeki göreceli önem sırası; güvenilirlik, fiziksel görünüm ve isteklilik şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise, güvenilirlik ve fiziksel görünümün, fiziksel kanıtlardan memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında;

“H_{2a}: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik fiziksel kanıtlardan memnuniyeti etkilemektedir.”

“H_{2b}: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından fiziksel görünüm fiziksel kanıtlardan memnuniyeti etkilemektedir.” hipotezleri kabul edilmiştir.

Çoklu doğrusal regresyon analizi için ikinci olarak Sağlık Hizmet Kalitesinin Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet üzerindeki etkisi incelenmiştir. Tablo 5.10'da Sağlık Hizmet Kalitesi alt boyutları “güvenilirliğin”, “fiziksel görünümün” ve “istekliliğin”, “doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet” üzerindeki etkisi ile ilgili sonuçlar yer almaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre empati ile doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için regresyon modelinde çıkarılmıştır.

Tablo 5.10. Sağlık Hizmet Kalitesi-Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Std. Hata _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r	Tol.	VIF
Sabit	,374	,215		1,742	,082				
Güvenilirlik	,720	,066	,496	10,928	,000	,537	,421	,617	1,622
Fiziksel Görünüm	,052	,058	,040	,898	,370	,338	,038	,646	1,547
İsteklilik	,095	,044	,080	2,181	,030	,194	,092	,943	1,060
Bağımlı değişken: Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet R: 0,544 R ² : 0,295 F _(3, 558) : 77,566 p:0,000 Durbin-Watson: 1,759									

Tablo 5.10. incelendiğinde sağlık hizmet kalitesinin alt boyutları olan güvenilirlik, fiziksel görünüm ve isteklilik ile doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet arasında orta ve düşük düzeyde (sırasıyla; 0,537; 0,338; 0,194) pozitif anlamlı bir ikili korelasyon olduğu görülmektedir. Ayrıca Durbin-Watson katsayısı (1,759) bağımsız değişkenler ile hata terimleri arasında sorunlu bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. Diğer taraftan sağlık hizmet kalitesi alt boyutları (güvenilirlik, fiziksel görünüm ve isteklilik), doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet ile orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermekte (R: 0,544, R²: 0,295, p: 0,000) ve doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyetteki toplam varyansın %29'unu açıklamaktadır.

Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, sağlık hizmet kalitesi alt boyutlarının doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet üzerindeki görece önem sırası; güvenilirlik, isteklilik ve fiziksel görünüm şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise, güvenilirliğin ve istekliliğin doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında;

"H_{2e}: Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyeti etkilemektedir"

“ H_{2g} Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından isteklilik doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinin memnuniyeti etkilemektedir” hipotezleri kabul edilmektedir.

5.7.2. Algılanan Doktor İmajının Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Çoklu doğrusal regresyon analiz için üçüncü olarak algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerine etkileri incelenmiştir. Tablo 5.11’de algılanan doktor imajının alt boyutlarından “doktorun hastayı bilgilendirmesinin”, “olumlu algılanan doktor davranışının”, “doktorun para düşüncesinin” ve “olumsuz algılanan doktor davranışının”, “fiziksel kanıtlardan memnuniyet” üzerindeki etkisi ile ilgili sonuçlar yer almaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre olumsuz algılanan doktor itibarı ile fiziksel kanıtlardan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığından regresyon modelinden çıkarılmıştır.

Tablo 5.11. Algılanan Doktor İmajı- Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Std. Hata _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r	Tol.	VIF
Sabit	1,616	,318		5,085	,000				
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	,278	,065	,220	4,290	,000	,372	,179	,566	1,767
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	,305	,073	,220	4,185	,000	,372	,175	,538	1,859
Doktorun Para Düşüncesi	-,100	,051	-,081	-1,953	,051	-,140	-,083	,879	1,137
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	,040	,065	,026	,618	,537	-,104	,026	,833	1,200
Bağımlı değişken: Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet									
R:0,415 R ² :0,173 F _(4, 554) : 28,881 p: 0,000 Durbin-Watson:1,470									

Tablo 5.11. incelendiğinde algılanan doktor imajının alt boyutları olan doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı, doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışı ile fiziksel kanıtlardan memnuniyet arasında orta ve düşük düzeyde (sırasıyla; 0,372; 0,372; -0,140; -0,104) bir ikili

korelasyon olduğu görülmektedir. Ayrıca Durbin–Watson katsayısı (1,470) bağımsız değişkenler ile hata terimleri arasında sorunlu bir ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Diğer taraftan algılanan doktor imajı alt boyutları (doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı, doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışı), fiziksel kanıtlardan memnuniyet ile orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermekte (R: 0,415, R²: 0,173, p: 0,000) ve fiziksel kanıtlardan memnuniyetteki toplam varyansın %17'sini açıklamaktadır.

Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, algılanan doktor imajı alt boyutlarının fiziksel kanıtlardan memnuniyet üzerindeki göreceli önem sırası; doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı, doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışı şeklindedir.

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise, doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı ve doktorun para düşüncesi fiziksel kanıtlardan memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında;

“H_{3a}: Algılanan doktor imajı boyutlarından doktorun hastayı bilgilendirmesi fiziksel kanıtlardan memnuniyeti etkilemektedir.”

“H_{3b}: Algılanan doktor imajı boyutlarından olumlu algılanan doktor davranışı fiziksel kanıtlardan memnuniyeti etkilemektedir.”

“H_{3c}: Algılanan doktor imajı boyutlarından doktorun para düşüncesi fiziksel kanıtlardan memnuniyeti etkilemektedir.” hipotezleri kabul edilmiştir.

Çoklu doğrusal regresyon analiz için dördüncü olarak algılanan doktor imajının doktor ve diğer yardımcı personelden memnuniyeti üzerine etkileri incelenmiştir. Tablo 5.12’de algılanan doktor imajının alt boyutlarından “doktorun hastayı bilgilendirmesinin”, “olumlu algılanan doktor davranışının”, “doktorun para düşüncesinin” ve “olumsuz algılanan doktor davranışının”, “doktor ve diğer yardımcı personelden memnuniyet” üzerindeki etkisi ile ilgili sonuçlar yer almaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre olumsuz algılanan doktor itibarı ile doktor ve diğer yardımcı personelden memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığından regresyon modelinden çıkarılmıştır.

Tablo 5.12. Algılanan Doktor İmajı- Doktor ve Diğer Yardımcı Personelden Memnuniyet Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Std. Hata _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r	Tol.	VIF
Sabit	1,554	,314		4,957	,000				
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	,475	,064	,353	7,441	,000	,503	,301	,566	1,767
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	,284	,072	,192	3,954	,000	,459	,166	,538	1,859
Doktorun Para Düşüncesi	-,068	,051	-,051	-1,350	,178	-,163	-,057	,879	1,137
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	-,145	,064	-,088	-2,244	,025	-,225	-,095	,833	1,200
Bağımlı değişken: Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet R:0,542 R ² :0,294 F _(4, 554) : 57,664 p: 0,000 Durbin-Watson:1,657									

Tablo 5.12. incelendiğinde algılanan doktor imajının alt boyutları olan doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı, doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışı ile doktor ve diğer yardımcı personelden memnuniyet arasında orta ve düşük düzeyde (sırasıyla; 0,503; 0,459; -0,163; -0,225) bir ikili korelasyon olduğu görülmektedir. Ayrıca Durbin-Watson katsayısı (1,657) bağımsız değişkenler ile hata terimleri arasında sorunlu bir ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Diğer taraftan algılanan doktor imajı alt boyutları (doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı, doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışı), doktor ve diğer yardımcı personelden memnuniyet ile orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermekte (R: 0,542, R²: 0,294, p: 0,000) ve doktor ve diğer yardımcı personelden memnuniyetteki toplam varyansın %29'unu açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, algılanan doktor imajı alt boyutlarının doktor ve diğer yardımcı personelden memnuniyet üzerindeki göreceli önem sırası; doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı, olumsuz algılanan doktor davranışı ve doktorun para düşüncesi şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları

incelendiğinde ise doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor davranışının, doktor ve diğer yardımcı personelinden memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında;

“*H_{3f}: Algılanan doktor imajı boyutlarından doktorun hastayı bilgilendirmesi doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyeti etkilemektedir.*”

“*H_{3g}: Algılanan doktor imajı boyutlarından olumlu algılanan doktor davranışı doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyeti etkilemektedir.*”

“*H_{3i}: Algılanan doktor imajı boyutlarından olumsuz algılanan doktor davranışı doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyeti etkilemektedir.*” hipotezleri kabul edilmiştir.

5.8. Farklılık Analizlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların demografik özellikleri ile sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti algısına yönelik düşünceleri arasındaki anlamlı farklılıklar olup olmadığı incelenecektir. Bu doğrultuda ilişkisiz örneklem için tek faktörlü varyans analizi (One-Way Anova) tekniği ve ilişkisiz (bağımsız) örneklem T-Tesi (Independent Samples T-Test) teknikleri kullanılacaktır.

5.8.1. Cinsiyet

Katılımcıların algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti algılarının cinsiyet gruplarına göre farklılaşma durumunu gösteren t-testi sonuçları tablo 5.13’de gösterilmiştir. Katılımcıların cinsiyet grupları arasında sağlık hizmet kalitesi algıları yönünden herhangi bir anlamlı farklılık çıkmadığı için tabloya alınmamıştır.

Tablo 5.13. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	N	X	sd	t	p	Anlamlı Farklılık
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Erkek	281	3,1090	557	2,600	0,010*	Erkek-Kadın
	Kadın	278	2,9444				
Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet	Erkek	281	3,4021	557	3,020	0,003*	Erkek-Kadın
	Kadın	278	3,1451				

*Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.13. incelendiğinde katılımcıların algılanan doktor imajı ile doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet algıları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Doktorun hastayı bilgilendirmesinde ve Doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet konularında erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4b1** ve **H4c1** kabul edilmiştir.

5.8.2. Yaş

Sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti algılarının katılımcıların yaş gruplarına göre farklılık durumunu ortaya koyan ANOVA sonuçları tablo 5.14’de gösterilmektedir.

Tablo 5.14. Katılımcıların Yaş Grupları Arasındaki ANOVA Analizi Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Yaş grupları	N	X	
Güvenilirlik	Gruplar arası	6,095	4	1,524	3,176	,014*	18-25	140	3,3	
	Gruplar içi	265,816	554	,480			26-35	179	3,2	
	Toplam	271,911	558				36-45	108	3,4	
	Anlamlı fark (A-B); 56 ve üzeri yaş grubu-26-35 yaş grubu							46-55	65	3,3
								56 ve üzeri	67	3,6
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Gruplar arası	18,795	4	4,699	8,756	,000*	18-25	140	2,9	
	Gruplar içi	297,305	554	,537			26-35	179	2,8	
	Toplam	316,100	558				36-45	108	3,0	
	Anlamlı fark(A-B); 56 ve üzeri yaş grubu-18-25 yaş grubu, 26-35 yaş arası, 36-45 yaş grubu							46-55	65	3,1
	Anlamlı fark(A-B); 46-55 yaş grubu-26-35 yaş grubu							56 ve üzeri	67	3,4
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	7,469	4	1,867	4,051	,003*	18-25	140	3,1	
	Gruplar içi	25,324	554	,461			26-35	179	3,1	
	Toplam	262,793	558				36-45	108	3,2	
	Anlamlı fark(A-B); 56 ve üzeri yaş grubu-18-25 yaş grubu, 26-35 yaş grubu ve 46-55 yaş grubu							46-55	65	3,1
								56 ve üzeri	67	3,4
Doktorun Para Düşüncesi	Gruplar arası	6,760	4	1,690	2,943	,020*	18-25	140	3,3	
	Gruplar içi	318,102	554	,574			26-35	179	3,4	
	Toplam	324,862	558				36-45	108	3,6	
	Anlamlı fark(A-B); 56 ve üzeri yaş grubu-18-25 yaş grubu							46-55	65	3,4
								56 ve üzeri	67	3,7
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	4,306	4	1,077	2,887	,022*	18-25	140	2,8	
	Gruplar içi	206,612	554	,373			26-35	179	2,7	
	Toplam	210,919	558				36-45	108	2,6	
	Anlamlı fark(A-B); 18-25 yaş grubu-56 ve üzeri yaş grubu							46-55	65	2,6
								56 ve üzeri	67	2,5
Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet	Gruplar arası	16,819	4	4,205	4,188	,002*	18-25	140	3,1	
	Gruplar içi	56,233	554	1,004			26-35	179	3,1	
	Toplam	573,052	558				36-45	108	3,4	
	Anlamlı fark(A-B); 56 ve üzeri yaş grubu-18-25 yaş grubu ve 26-35 yaş grubu							46-55	65	3,3
								56 ve üzeri	67	3,6

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.14. incelendiğinde güvenilirlik faktörünü ($F(4, 554)=3,176, p<0,005$), doktorun hastayı bilgilendirmesi faktörünü ($F(4, 554)=8,756, p<0,005$), olumlu algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(4, 554)=4,051, p<0,005$), doktorun para düşüncesi faktörünü ($F(4, 554)=2,943, p<0,005$), olumsuz algılanan doktor davranışı faktörü ($F(4, 554)=2,887, p<0,005$), doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinin memnuniyet faktörünü ($F(4, 554)=4,188, p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Güvenilirlik faktöründe 56 ve üzeri yaş grubunun ($X=3,6$) 26-35 yaş grubuna ($X=3,2$) göre,
- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe 56 ve üzeri yaş grubunun ($X=3,4$) 18-25 yaş grubu ($X=2,9$), 26-35 yaş grubu ($X=2,8$) ve 36-45 yaş grubuna ($X=3,0$) göre ve 46-55 yaş grubunun ($X=3,1$) 26-35 yaş grubuna ($X=2,8$) göre,
- Olumlu algılanan doktor davranışı 56 ve üzeri yaş grubunun ($X=3,4$) 18-25 yaş grubu ($X=3,1$), 26-35 yaş grubu ($X=3,1$) ve 46-55 yaş grubuna ($X=3,1$) göre
- Doktorun para düşüncesi 56 ve üzeri yaş grubunun ($X=3,7$) 18-25 yaş grubuna ($X=3,3$) göre,
- Olumsuz algılanan doktor davranışı faktöründe 18-25 yaş grubunun ($X=2,8$) 56 ve üzeri yaş grubuna ($X=2,5$) göre,
- Doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinin memnuniyet faktöründe 56 ve üzeri yaş grubunun ($X=3,6$), 18-25 yaş grubuna ($X=3,1$) ve 26,35 yaş grubuna ($X=3,1$) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4a2**, **H4b2** ve **H4c2** kabul edilmiştir.

5.8.3. Eğitim

Sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti algılarının katılımcıların mezun oldukları okul gruplarına göre farklılaşma durumunu gösteren ANOVA sonuçları Tablo 5.15’de gösterilmektedir.

Tablo 5.15. Katılımcıların Mezun Oldukları Okul Grupları Arasındaki ANOVA Analizi Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P	Mezun Olunan Okul	N	X	
Güvenilirlik	Gruplar arası	8,611	4	2,153	4,530	,001*	İlkokul	36	3,6	
	Gruplar içi	263,300	554	,475			Ortaokul	47	3,5	
	Toplam	271,911	558				Lise	225	3,4	
	Anlamlı fark(A-B); Yüksek lisans/doktora mezunu- Üniversite mezunu							Üniversite	228	3,2
								Yüksek L. /Doktora	23	3,5
Empati	Gruplar arası	6,141	4	1,535	3,008	,018*	İlkokul	36	3,0	
	Gruplar içi	282,775	554	,510			Ortaokul	47	3,0	
	Toplam	288,916	558				Lise	225	2,8	
	Anlamlı fark(A-B); ilkökul mezunu-yüksek lisans/doktora mezunu							Üniversite	228	2,7
	Anlamlı fark(A-B); ortaokul mezunu-üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunu							Yüksek L. /Doktora	23	2,6
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Gruplar arası	21,295	4	5,324	10,004	,000*	İlkokul	36	3,2	
	Gruplar içi	294,805	554	,532			Ortaokul	47	3,5	
	Toplam	316,100	558				Lise	225	3,0	
	Anlamlı fark(A-B); ortaokul mezunu-lise, üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunu							Üniversite	228	2,8
								Yüksek L. /Doktora	23	2,8
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	19,952	4	4,988	11,380	,000*	İlkokul	36	3,5	
	Gruplar içi	242,840	554	,438			Ortaokul	47	3,5	
	Toplam	262,792	558				Lise	225	3,2	
	Anlamlı fark(A-B); İlkokul, ortaokul ve lise mezunu- üniversite mezunu							Üniversite	228	3,0
								Yüksek L. /Doktora	23	3,1
Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet	Gruplar arası	16,862	4	4,216	4,812	,001*	İlkokul	36	3,7	
	Gruplar içi	485,363	554	,876			Ortaokul	47	3,3	
	Toplam	502,225	558				Lise	225	3,2	
	Anlamlı fark(A-B); İlkokul mezunu-lise ve üniversite mezunu							Üniversite	228	3,0
								Yüksek L. /Doktora	23	3,1
Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet	Gruplar arası	23,015	4	5,754	5,795	,000*	İlkokul	36	3,6	
	Gruplar içi	550,037	554	,993			Ortaokul	47	3,6	
	Toplam	573,052	558				Lise	225	3,3	
	Anlamlı fark(A-B); İlkokul ve ortaokul mezunu- üniversite mezunu							Üniversite	228	3,0
								Yüksek L. /Doktora	23	3,4

* Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.15. incelendiğinde güvenilirlik faktörünü ($F(4, 554)=4,530, p<0,005$), empati faktörünü ($F(4, 554)=3,008, p<0,005$), doktorun hastayı bilgilendirmesi

faktörünü ($F(4, 554)=10,004, p<0,001$), olumlu algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(4, 554)=11,380, p<0,001$), fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktörünü ($F(4, 554)=4,812, p<0,005$), doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet faktörünü ($F(4, 554)=5,795, p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların mezun oldukları okul grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Güvenilirlik faktöründe Yüksek lisans/doktora mezunları ($X=3,5$) Üniversite mezunlarına ($X=3,2$) göre,
- Empati faktöründe ilkokul mezunları ($X=3,0$) yüksek lisans/doktora mezunlarına ($X=2,6$) göre ve ortaokul mezunları ($X=3,0$) üniversite ($X=2,7$) ve yüksek lisans/doktora mezunlarına ($X=2,6$) göre,
- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe ortaokul mezunları ($X=3,5$) lise ($X=3,0$), üniversite ($X=2,8$) ve yüksek lisan/doktora mezunlarına ($X=2,8$) göre,
- Olumlu algılanan doktor davranışı faktöründe İlkokul ($X=3,5$), ortaokul ($X=3,5$) ve lise mezunları ($X=3,2$) üniversite mezunlarına ($X=3,0$) göre,
- Fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktöründe ilkokul mezunlarının ($X=3,7$), lise ($X=3,2$) ve üniversite mezunlarına ($X=3,0$) göre,
- Doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet faktöründe ilkokul ($X=3,6$) ve ortaokul mezunlarının ($X=3,6$), üniversite mezunlarına ($X=3,0$) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4a3**, **H4b3** ve **H4c3** kabul edilmiştir.

5.8.4. Meslek

Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı algılarının katılımcıların sahip oldukları meslek gruplarına göre farklılaşma durumunu ortaya koyan ANOVA sonuçları Tablo 5.16'da gösterilmektedir. Diğer taraftan katılımcıların meslek grupları arasında müşteri memnuniyeti algıları açısından herhangi bir anlamlı farklılık çıkmadığı için tabloya konulmamıştır.

Tablo 5.16. Katılımcıların Meslek Grupları Arasındaki ANOVA Analiz Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P	Meslek	N	X	
Güvenilirlik	Gruplar arası	7,865	7	1,124	2,345	,023*	Devlet Memuru	137	3,3	
	Gruplar içi	264,046	551	,479			Özel sektör çalışanı	103	3,3	
	Toplam	271,911	558				Emekli	70	3,6	
	Anlamlı fark(A-B); Emekli-Devlet Memuru ve Özel Sektör Çalışanı									
İsteklilik (Heveslilik)	Gruplar arası	12,178	7	1,740	2,444	,018*	Serbest Meslek	47	3,2	
	Gruplar içi	392,292	551	,712			Öğrenci	86	3,1	
	Toplam	404,470	558				Emekli	70	2,7	
	Anlamlı fark(A-B); Serbest Meslek ve Öğrenci-Emekli									
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Gruplar arası	20,319	7	2,903	5,407	,000*	İşçi	51	2,9	
	Gruplar içi	295,782	551	,537			Devlet Memuru	137	2,8	
	Toplam	316,100	558				Özel Sektör Ç.	103	3,0	
	Anlamlı fark(A-B); Emekli-İşçi, Devlet Memuru, Özel Sektör Çalışanı, Ev Hanımı ve Öğrenci									
								Ev Hanımı	52	2,9
								Öğrenci	86	2,9
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	12,099	7	1,728	3,799	,000*	Emekli	70	3,4	
	Gruplar içi	250,693	551	,455			Devlet Memuru	137	3,0	
	Toplam	262,792	558							
	Anlamlı fark(A-B); Emekli-Devlet Memuru									
Doktorun Para Düşüncesi	Gruplar arası	12,213	7	1,745	3,075	,003*	Emekli	70	3,7	
	Gruplar içi	312,648	551	,567			Ev hanımı	52	3,3	
	Toplam	324,862	558				Öğrenci	86	3,3	
	Anlamlı fark(A-B); Emekli-Öğrenci ve Ev Hanımı									
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	6,147	7	,878	2,363	,022*	Devlet Memuru	137	2,7	
	Gruplar içi	204,771	551	,372			Öğrenci	86	2,7	
	Toplam	210,919	558				Emekli	70	2,4	
	Anlamlı fark(A-B); Devlet Memuru ve Öğrenci-Emekli									
Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet	Gruplar arası	18,004	7	2,572	2,553	,014*	Öğrenci	86	3,1	
	Gruplar içi	555,047	551	1,007			Emekli	70	3,6	
	Toplam	573,052	558							
	Anlamlı fark(A-B); Emekli-Öğrenci									

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.16. incelendiğinde güvenilirlik faktörünü ($F(7, 551)=2,345, p<0,005$), isteklilik (heveslilik) faktörünü ($F(7, 551)=2,444, p<0,005$), doktorun hastayı

bilgilendirmesi faktörünü ($F(7, 551)=5,407, p<0,005$), olumlu algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(7, 551)=3,799, p<0,005$), doktorun para düşüncesi faktörünü ($F(7, 551)=3,075, p<0,005$), olumsuz algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(7, 551)=2,363, p<0,005$), doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinde memnuniyet faktörünü ($F(7, 551)=2,553, p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların sahip oldukları meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Güvenilirlik faktöründe Emeklilerin ($X=3,6$) Devlet Memurlarına ($X=3,3$) ve Özel Sektör Çalışanlarına ($X=3,3$) göre,
- İsteklilik faktöründe Serbest Meslek sahiplerinin ($X=3,2$) ve Öğrencilerin ($X=3,1$) Emeklilere ($X=2,7$) göre,
- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe Emeklilerin ($X=3,4$) İşçi ($X=2,9$), Devlet Memuru ($X=2,8$), Özel Sektör Çalışanı ($X=3,0$), Ev Hanımı ($X=2,9$) ve Öğrencilere ($X=2,9$) göre,
- Olumlu algılanan doktor davranışı faktöründe Emeklilerin ($X=3,4$) Devlet Memurlarına ($X=3,0$) göre,
- Doktorun para düşüncesi faktöründe Emeklilerin ($X=3,7$) Ev Hanımı ($X=3,3$) ve Öğrencilere ($X=3,3$) göre,
- Olumsuz algılanan doktor davranışı faktöründe Devlet Memuru ($X=2,7$) ve Öğrencilerin ($X=2,7$) Emeklilere ($X=2,4$) göre,
- Doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinde memnuniyet faktöründe Emeklilerin ($X=3,6$), Öğrencilere ($X=3,1$) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4a4**, **H4b4** ve **H4c4** kabul edilmiştir.

5.8.5. Medeni Durum

Algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti algılarına göre katılımcıların medeni durum grupları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını ortaya koyan ANOVA sonuçları tablo 5.17’de gösterilmektedir. Sağlık hizmet kalitesi algısı açısından katılımcıların medeni durum grupları arasında herhangi bir anlamlı farklılık ortaya çıkmadığı için tabloya alınmamıştır.

Tablo 5.17. Katılımcıların Medeni Durum Grupları Arasındaki ANOVA Analiz Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p	Medeni Durum	N	X
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Gruplar arası	3,445	2	1,723	3,063	,048*	Evli	343	3,0
	Gruplar içi	312,655	556	,562			Bekar	246	2,9
	Toplam	316,100	558				Boşanmış	10	2,9
	Anlamli fark(A-B); Evli-Bekar								
Doktorun Para Düşüncesi	Gruplar arası	3,564	2	1,782	3,083	,047*	Evli	343	3,5
	Gruplar içi	321,298	556	,578			Bekar	246	3,4
	Toplam	324,862	558				Boşanmış	10	3,3
	Anlamli fark(A-B); Evli-Bekar								
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	2,462	2	1,231	3,284	,038*	Evli	343	2,6
	Gruplar içi	208,456	556	,375			Bekar	246	2,7
	Toplam	210,919	558				Boşanmış	10	2,6
	Anlamli fark(A-B);Bekar-Evli								
Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet	Gruplar arası	17,964	2	8,982	10,313	,000*	Evli	343	3,3
	Gruplar içi	484,261	556	,871			Bekar	246	2,9
	Toplam	502,225	558				Boşanmış	10	2,9
	Anlamli fark(A-B);Evli-Bekar								
Doktor ve Diğer Yardımcı Sağlık Personelinden Memnuniyet	Gruplar arası	15,204	2	7,602	7,577	,001*	Evli	343	3,4
	Gruplar içi	557,848	556	1,003			Bekar	246	3,0
	Toplam	573,052	558				Boşanmış	10	2,8
	Anlamli fark(A-B);Evli-Bekar								

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.17. incelendiğinde doktorun hastayı bilgilendirmesi faktörünü ($F(2, 556)=3,063, p<0,005$), doktorun para düşüncesi faktörünü ($F(2, 556)=3,083, p<0,005$), olumsuz algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(2, 556)=3,284, p<0,005$), fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktörünü ($F(2, 556)=10,313, p<0,005$), doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinden memnuniyet faktörünü ($F(2, 556)=7,577, p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların medeni durum grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe evliler ($X=3,0$) bekarlara ($X=2,9$) göre,
- Doktorun para düşüncesi faktöründe evliler ($X=3,5$) bekarlara ($X=3,4$) göre,
- Olumsuz algılanan doktor davranışı faktöründe bekarlar ($X=2,7$) evlilere ($X=2,6$) göre,

- Fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktöründe evliler ($X=3,3$) bekarlara ($X=2,9$) göre,
- Doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinde memnuniyet faktöründe evliler ($X=3,4$) bekarlara ($X=3,0$) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4b5** ve **H4c5** kabul edilmiştir.

5.8.6 Gelir

Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı algılarına göre katılımcıların gelir grupları arasında farklılık durumuna ilişkin ANOVA sonuçları Tablo 5.18’de gösterilmektedir. Katılımcıların gelir grupları arasında müşteri memnuniyeti algıları açısından herhangi bir anlamlı farklılık çıkmadığı için tabloya alınmamıştır.

Tablo 5.18. Katılımcıların Gelir Grupları Arasındaki ANOVA Analiz Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Gelir Grupları	N	X	
Empati	Gruplar arası	5,019	4	1,255	2,448	,045*	1000 TL ve altı	34	2,9	
	Gruplar içi	283,897	554	,512			1001-1500	123	3,0	
	Toplam	288,916	558				1501-2000	113	3,1	
	Anlamlı fark (A-B); 2001-2500 TL arası-1000 TL ve altı ile 1001-1500 TL arası							2001-2500	95	3,2
	Anlamlı fark (A-B); 2501 ve üzeri-1001-1500 TL arası							2501 ve üzeri	194	3,1
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Gruplar arası	22,470	4	5,617	10,599	,000*	1000 TL ve altı	34	3,0	
	Gruplar içi	293,631	554	,530			1001-1500	123	3,1	
	Toplam	316,100	558				1501-2000	113	3,3	
	Anlamlı fark(A-B); 1001-1500 TL arası-2501 ve üzeri							2001-2500	95	2,9
	Anlamlı fark(A-B); 1501 ve 2000 TL arası-2001-2500 TL arası ve 2501 ve üzeri							2501 ve üzeri	194	2,8
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	15,333	4	3,833	8,582	,000*	1000 TL ve altı	34	3,1	
	Gruplar içi	247,459	554	,447			1001-1500	123	3,4	
	Toplam	262,792	558				1501-2000	113	3,3	
	Anlamlı fark(A-B); 1001-1500 TL arası-2001-2500 ve 2501 ve üzeri							2001-2500	95	3,1
	Anlamlı fark(A-B); 1501- 2000 TL arası-2501 ve üzeri							2501 ve üzeri	194	3,0
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	4,349	4	1,087	2,916	,021*	1000 TL ve altı	34	2,7	
	Gruplar içi	206,570	554	,373			1001-1500	123	2,7	
	Toplam	210,919	558				1501-2000	113	2,5	
	Anlamlı fark(A-B); 2501 ve üzeri-1501 ve 2000 TL arası							2001-2500	95	2,6
								2501 ve üzeri	194	2,7

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.18. incelendiğinde empati faktörünü ($F(4,554)=2,448$, $p<0,005$) doktorun hastayı bilgilendirmesi faktörünü ($F(4, 554)=10,599$, $p<0,005$), olumlu algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(4, 554)=8,582$, $p<0,005$), olumsuz algılanan

doktor davranışı faktörünü ($F(4, 554)=2,916, p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların gelir grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Empati faktöründe 2001-2500 TL ($X=3,2$) ve gelire sahip katılımcıların, 1000 TL ve altı gelire sahip katılımcılara ($X=2,9$) ve 1001-1500 TL arası gelire sahip katılımcılara ($X=3,0$) göre,
- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe 1001-1500 TL arası gelire sahip katılımcıların ($X=3,1$) 2501 ve üzeri gelire sahip katılımcılara ($X=2,8$) göre ve 1501 ve 2000 TL arası gelire sahip katılımcıların ($X=3,3$) 2001-2500 TL arası ($X=2,9$) ve 2501 ve üzeri ($X=2,8$) gelire sahip katılımcılara göre,
- Olumlu algılanan doktor davranışı faktöründe 1001-1500 TL arası gelire sahip katılımcıların ($X=3,4$) 2001-2500 TL ($X=3,1$) ve 2501 ve üzeri ($X=3,0$) gelire sahip katılımcılara göre ve 1501- 2000 TL arası gelire sahip katılımcıların ($X=3,3$) 2501 ve üzeri gelire sahip katılımcılara ($X=3,0$) göre,
- Olumsuz algılanan doktor davranışı faktöründe 2501 ve üzeri gelire sahip katılımcıların ($X=2,7$) 1501 ve 2000 TL arası gelire sahip katılımcılara ($X=2,5$) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4a6** ve **H4b6** kabul edilmiştir.

5.8.7. Son Bir Yıl İçerisinde Hastaneye Başvuru Sayısı

Algılanan doktor imajının, katılımcıların son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı grupları açısından farklılaşma durumunu gösteren ANOVA analiz sonuçları Tablo 5.19'da sunulmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti algıları, katılımcıların son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı grupları arasında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı için tabloya alınmamıştır.

Tablo 5.19. Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Hastaneye Başvuru Sayısı Grupları Arasındaki ANOVA Analiz Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	sd	Kareler Ort.	F	P	Başvuru Sayısı	N	X
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Gruplar arası	5,298	3	1,766	3,153	,025*	1 defa gittim	113	3,1
	Gruplar içi	310,803	555	,560			2 defa gittim	94	2,9
	Toplam	316,100	558				3 defa gittim	78	3,1
	Anlamlı fark; 1 defa gittim-3 defadan fazla gittim							3 defadan fazla gittim	274
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	Gruplar arası	3,688	3	1,229	3,293	,020*	1 defa gittim	113	2,8
	Gruplar içi	207,231	555	,373			2 defa gittim	94	2,7
	Toplam	210,919	558				3 defa gittim	78	2,6
	Anlamlı fark; 1 defa gittim- 3 defa gittim ve 3 defadan fazla gittim							3 defadan fazla gittim	274

*Gruplar Arası Farklılık 0,05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Tablo 5.19. incelendiğinde doktorun hastayı bilgilendirmesi faktörünü, olumsuz algılanan doktor davranışı faktörünü, algılamaları bakımından katılımcıların son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe son bir yıl içerisinde 1 defa gidenler (X=3,1) 3 defadan fazla gidenlere (X=2,9) göre,
- Olumsuz algılanan doktor davranışı faktöründe son bir yıl içerisinde 1 defa gidenler (X=2,8) 3 defa(X=2,6) ve 3 defadan fazla gidenlere(X=2,6) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4b7** kabul edilmiştir.

5.8.8. Sağlık Güvencesi

Algılanan doktor imajının, katılımcıların sahip oldukları sağlık güvencesi grupları açısından farklılaşma durumunu gösteren ANOVA analiz sonuçları tablo 5.20'de gösterilmektedir. Sağlık hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti algıları, katılımcıların sahip oldukları sağlık güvencesi gruplarına göre farklılaşmadığı için tabloya konulmamıştır.

Tablo 5.20. Katılımcıların Sağlık Güvencesi Grupları Arasındaki ANOVA Analiz Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top	sd	Kareler Ort.	F	p	Sağlık Güvencesi	N	X
Doktorun hastayı bilgilendirmesi	Gruplar arası	9,978	5	1,996	3,605	,003*	Bağkur	61	3,0
	Gruplar içi	306,123	553	,554			SSK	300	3,1
	Toplam	316,100	558				Emekli San.	161	2,8
	Anlamlı fark; SSK- Emekli Sandığı						Yeşil Kart	8	3,1
							Özel Sağlık Sig.	8	3,2
							Yok	21	3,0
Olumlu algılanan doktor davranışı	Gruplar arası	11,167	5	2,233	4,908	,000*	Bağkur	61	3,2
	Gruplar içi	251,625	553	,455			SSK	300	3,3
	Toplam	262,792	558				Emekli San.	161	2,9
	Anlamlı fark; SSK-Emekli Sandığı						Yeşil Kart	8	3,1
							Özel Sağlık Sig.	8	3,2
							Yok	21	3,2
Doktorun para düşüncesi	Gruplar arası	8,822	5	1,764	3,087	,009*	Bağkur	61	3,3
	Gruplar içi	316,040	553	,572			SSK	300	3,5
	Toplam	324,862	558				Emekli San.	161	3,5
	Anlamlı fark; SSK ve Emekli Sandığı-Özel Sağlık Sigortası						Yeşil Kart	8	3,3
							Özel Sağlık Sig.	8	2,7
							Yok	21	3,4

*Gruplar Arası Farklılık 0,05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Tablo 5.20. incelendiğinde doktorun hastayı bilgilendirmesi faktörünü ($F(5, 553)=3,605$, $p<0,005$), olumlu algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(5, 553)=4,908$, $p<0,005$), doktorun para düşüncesi faktörünü ($F(5, 553)=3,087$, $p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların sahip oldukları sağlık güvence grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe SSK sağlık güvencesine sahip katılımcılar ($X=3,1$) Emekli Sandığı sağlık güvencesine sahip katılımcılara ($X=2,8$) göre,
- Olumlu algılanan doktor davranışı faktöründe SSK sağlık güvencesine sahip katılımcılar ($X=3,3$) Emekli Sandığı sağlık güvencesine sahip katılımcılara ($X=2,9$) göre,
- Doktorun para düşüncesinde SSK ($X=3,5$) ve Emekli Sandığı ($X=3,5$) sağlık güvencesine sahip katılımcılar Özel Sağlık Sigortası sağlık

güvencesine sahip katılımcılara ($X=2,7$) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4b8** kabul edilmiştir.

5.8.9. Genel Olarak Tercih Edilen Hastane

Müşteri memnuniyeti algısının, katılımcıların genel olarak tercih ettikleri hastane gruplarına göre farklılaşma durumunu gösteren ANOVA analiz sonuçları tablo 5.21’de gösterilmektedir.

Tablo 5.21. Katılımcıların Genel Olarak Tercih Ettikleri Hastane Grupları Arasındaki ANOVA Analiz Sonuçları

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	sd	Kareler Ort.	F	p	Tercih edilen hastane	N	X
Güvenilirlik	Gruplar arası	2,909	2	1,454	3,006	,050*	Devlet	332	3,3
	Gruplar içi	269,002	556	,484			Üniversite	125	3,2
	Toplam	271,911	558				Özel	102	3,4
	Anlamlı fark (A-B); Özel hastane-Üniversite Hastanesi								
Olumsuz algılanan doktor davranışı	Gruplar arası	,930	2	,465	,987	,373*	Devlet Has.	332	2,7
	Gruplar içi	261,862	556	,471			Üniversite Has.	125	2,5
	Toplam	262,792	558				Özel Has.	102	2,7
	Anlamlı fark (A-B); Devlet Hastanesi-Üniversite hastanesi								
Fiziksel kanıtlardan memnuniyet	Gruplar arası	9,329	2	4,664	5,261	,005*	Devlet Has.	332	3,2
	Gruplar içi	492,897	556	,887			Üniversite Has.	125	2,9
	Toplam	502,225	558				Özel Has.	102	3,0
	Anlamlı fark (A-B); Devlet Hastanesi-Üniversite hastanesi								

*Gruplar Arası Farklılık 0,05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Tablo 5.21. incelendiğinde güvenilirlik faktörünü ($F(2, 556)=3,006, p<0,005$), olumsuz algılanan doktor davranışı faktörünü ($F(2, 556)=,987, p<0,005$), fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktörünü ($F(2, 556)=5,261, p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların genel olarak tercih ettikleri hastane grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Güvenilirlik faktöründe özel hastaneyi tercih edenler ($X=3,4$) üniversite hastanesini ($X=3,2$) tercih edenlere göre,

- Olumsuz algılanan doktor davranışı faktöründe devlet hastanesini ($X=2,7$) tercih edenler üniversite hastanesini ($X=2,5$) tercih edenlere göre,
- Fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktöründe devlet hastanesini ($X=3,2$) tercih edenler üniversite hastanesini ($X=2,9$) tercih edenlere göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4a9**, **H4b9** ve **H4c9** kabul edilmiştir.

5.8.10. Yaşanan İl

Sağlık hizmet kalitesi, algılanan doktor imajı ve müşteri memnuniyeti algılarının, katılımcıların yaşadıkları İl'e göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koyan t-testi sonuçları tablo 5.22'de gösterilmektedir.

Tablo 5.22. Katılımcıların Yaşadıkları İl Grupları Arasındaki T-Testi Sonuçları

Faktörler	İl	N	X	sd	t	p	Anlamlı farklılık
Güvenilirlik	Bolu	276	3,3	557	-2,304	,022*	Düzce-Bolu
	Düzce	283	3,4				
Doktorun Hastayı Bilgilendirmesi	Bolu	276	2,9	557	-3,668	,000*	Düzce-Bolu
	Düzce	283	3,1				
Olumlu Algılanan Doktor Davranışı	Bolu	276	3,0	557	-3,820	,000*	Düzce-Bolu
	Düzce	283	3,3				
Olumsuz Algılanan Doktor Davranışı	Bolu	276	2,7	557	2,249	,025*	Bolu-Düzce
	Düzce	283	2,6				
Olumsuz Algılanan Doktor İtibarı	Bolu	276	3,4	557	2,448	,015*	Bolu-Düzce
	Düzce	283	3,2				
Fiziksel Kanıtlardan Memnuniyet	Bolu	276	3,4	557	6,194	,000*	Bolu-Düzce
	Düzce	283	2,9				

*Gruplar Arası Farklılık 0,05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Tablo 5.22. incelendiğinde güvenilirlik faktörünü ($t(-2,304)=557$, $p<0,005$), doktorun hastayı bilgilendirmesi faktörünü ($t(-3,668)=557$, $p<0,005$), olumlu algılanan doktor davranışı faktörünü ($t(-3,820)=557$, $p<0,005$), olumsuz algılanan doktor davranışı faktörünü ($t(2,249)=557$, $p<0,005$), olumsuz algılanan doktor itibarı faktörünü ($t(2,448)=557$, $p<0,005$), fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktörünü ($t(6,194)=557$, $p<0,005$) algılamaları bakımından katılımcıların yaşadıkları il grupları

arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse;

- Güvenilirlik faktöründe Düzce ilinde yaşayanlar ($X=3,4$) Bolu ilinde yaşayanlara ($X=3,3$) göre,
- Doktorun hastayı bilgilendirmesi faktöründe Düzce ilinde yaşayanlar ($X=3,1$) Bolu ilinde yaşayanlara ($X=2,9$) göre,
- Olumlu algılanan doktor davranışı faktöründe Düzce ilinde yaşayanlar ($X=3,3$) Bolu ilinde yaşayanlara ($X=3,0$) göre,
- Olumsuz algılanan doktor davranışı faktöründe Bolu ilinde yaşayanlar ($X=2,7$) Düzce ilinde yaşayanlara ($X=2,6$) göre,
- Olumsuz algılanan doktor itibarı faktöründe Bolu ilinde yaşayanlar ($X=3,4$) Düzce ilinde yaşayanlara ($X=3,2$) göre,
- Fiziksel kanıtlardan memnuniyet faktöründe Bolu ilinde yaşayanlar ($X=3,4$) Düzce ilinde yaşayanlara ($X=2,9$) göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde **H4a10**, **H4b10** ve **H4c10** kabul edilmiştir.

5.8.7. Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları

Bu kısımda, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara dayanarak, literatüre dayalı oluşturulan hipotezlerin büyük bir miktarının kabul edildiği görülmektedir (Tablo 5.23). Bazı hipotezler ise reddedilmiştir. Kabul edilen ve reddedilen hipotezler ile ilgili önceki bölümlerde ve sonuç kısmında açıklamalar yapılmıştır. Tablo 5.23'te hipotezlerin kabul ve ret durumlarını gösteren bilgiler bulunmaktadır.

Tablo 5.23. Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları

Hipotez Kodları	Hipotezler	Kabul/Ret
H1 _{a,b,c,d,e}	Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik ile a) doktorun hastayı bilgilendirmesi, b) olumlu algılanan doktor davranışı, c) doktorun para düşüncesi, d) olumsuz algılanan doktor davranışı, e) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.	a) kabul b) kabul c) kabul d) kabul e) ret
H1 _{f,g,h,i,j}	Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından fiziksel görünüm ile f) doktorun hastayı bilgilendirmesi, g) olumlu algılanan doktor davranışı, h) doktorun para düşüncesi, i) olumsuz algılanan doktor davranışı, j) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.	f) kabul g) kabul h) kabul i) ret j) ret
H1 _{k,l,m,n,o}	Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından isteklilik ile k) doktorun hastayı bilgilendirmesi, l) olumlu algılanan doktor davranışı, m) doktorun para düşüncesi, n) olumsuz algılanan doktor davranışı, o) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.	Tüm hipotezler kabul edilmiştir.
H1 _{p,r,s,t,u}	Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından empati ile p) doktorun hastayı bilgilendirmesi, r) olumlu algılanan doktor davranışı, s) doktorun para düşüncesi, t) olumsuz algılanan doktor davranışı, u) olumsuz algılanan doktor itibarı arasında ilişki vardır.	p) ret r) ret s) kabul t) kabul u) kabul
H2 _{a,b,c,d}	Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından a) güvenilirlik, b) fiziksel görünüm, c) isteklilik, d) empati fiziksel kanıtlardan memnuniyeti etkilemektedir.	a) kabul b) kabul c) ret d) ret
H2 _{e,f,g,h}	Sağlık hizmet kalitesi boyutlarından e) güvenilirlik, f) fiziksel görünüm, g) isteklilik, h) empati doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinde memnuniyeti etkilemektedir.	e) kabul f) ret g) kabul h) ret
H3 _{a,b,c,d,e}	Algılanan doktor imajı boyutlarından a) doktorun hastayı bilgilendirmesi, b) olumlu algılanan doktor davranışı, c) doktorun para düşüncesi, d) olumsuz algılanan doktor davranışı, e) olumsuz algılanan doktor itibarı fiziksel kanıtlardan memnuniyeti etkilemektedir.	a) kabul b) kabul c) kabul d) ret e) ret
H3 _{f,g,h,i,j}	Algılanan doktor imajı boyutlarından f) doktorun hastayı bilgilendirmesi, g) olumlu algılanan doktor davranışı, h) doktorun para düşüncesi, i) olumsuz algılanan doktor davranışı, j) olumsuz algılanan doktor itibarı doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinde memnuniyeti etkilemektedir.	f) kabul g) kabul h) ret i) kabul j) ret
H4 _{a1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}	Katılımcıların 1) cinsiyetlerine, 2) yaşlarına, 3) eğitim durumuna, 4) mesleklerine, 5) medeni durumuna, 6) gelir durumuna, 7) son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısına, 8) sahip oldukları sağlık güvencesine, 9) genel olarak tercih ettikleri sağlık hizmet sunucusuna 10) yaşadıkları İl'e bağlı olarak sağlık hizmet kalitesi algısına yönelik düşünceleri arasında anlamlı farklılık vardır.	1) ret 2) kabul 3) kabul 4) kabul 5) ret 6) kabul 7) ret 8) ret 9) kabul 10) kabul
H4 _{b1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}	Katılımcıların 1) cinsiyetlerine, 2) yaşlarına, 3) eğitim durumuna, 4) mesleklerine, 5) medeni durumuna, 6) gelir durumuna, 7) son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısına, 8) sahip oldukları sağlık güvencesine, 9) genel olarak tercih ettikleri sağlık hizmet sunucusuna 10) yaşadıkları İl'e bağlı olarak algılanan doktor imajına yönelik düşünceleri arasında anlamlı farklılık vardır.	Tüm hipotezler kabul edilmiştir.
H4 _{c1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}	Katılımcıların 1) cinsiyetlerine, 2) yaşlarına, 3) eğitim durumuna, 4) mesleklerine, 5) medeni durumuna, 6) gelir durumuna, 7) son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısına, 8) sahip oldukları sağlık güvencesine, 9) genel olarak tercih ettikleri sağlık hizmet sunucusuna 10) yaşadıkları İl'e bağlı olarak müşteri memnuniyeti algısına yönelik düşünceleri arasında anlamlı farklılık vardır.	1) kabul 2) kabul 3) kabul 4) kabul 5) kabul 6) ret 7) ret 8) ret 9) kabul 10) kabul

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇLAR

Bu bölümde, araştırmanın temel amacı ve alt amaçlarına ilişkin istatistiksel analizlerden elde edilen bulgulardan yola çıkarak ulaşılan sonuçlar 2 düzeyde değerlendirilmiştir. İlk olarak betimsel istatistiklerin sonuçları değerlendirilecek olup daha sonra keşifsel analizlerin sonuçları değerlendirilecektir.

6.1. Betimleyici Sonuçlar

Betimleyici istatistiklere göre bu kısımda katılımcıların vermiş oldukları cevaplar değerlendirilecektir. Bu doğrultuda araştırma sonuçları Bolu ve Düzce ilinde son bir yıl içerisinde en az bir defa sağlık hizmet sunucularından yararlanmış 18 yaş ve üstü tüm bireylerin düşüncelerini yansıtmaktadır. Bolu ve Düzce’de bulunan hastanelere bakıldığında; 5 Özel Hastane, 1 Üniversite Hastanesi, 1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Bolu’da afiliasyon olması nedeniyle üniversite ve merkez devlet hastanesi kısmi birleşmiştir), 2 İl Düzeyinde Devlet Hastanesi, 3 İlçe Düzeyinde Devlet Hastanesi, 2 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 1 Üniversite Diş Hekimliği, 1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi (afiliasyon) ve 1 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (afiliasyon) bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların değerlendirmelerine göre “iyi doktor” tanımlamasında en fazla beklentinin doktorların alanında bilgili olmasıdır. Fakat katılımcıların bu konuyla ilgili algıları beklentilerinin altında çıkmıştır. Bu sonucu sırasıyla doktorların hijyenik, dürüst, anlayışlı, açık sözlü, güler yüzlü, nazik, samimi, mütevazı ve ciddi olması takip etmektedir. Katılımcıların sağlık güvencesine sahip olması ve sağlık kurumlarına 3 ve 3 defadan fazla gitmesi sunulan hizmetleri algılamaları bakımından önemlidir. Özellikle sağlık hizmet sunucularının kullanılmasında kısıtlama olmaması sağlık tüketicilerinin her sağlık hizmet sunucuna ulaşabileceğini de göstermektedir. Buna rağmen en fazla kullanılan sağlık hizmet kuruluşu devlet hastaneleri olarak ortaya çıkmıştır. Katılımcıların çoğunun evli olması çocuk sahibi oldukları varsayımıyla bekârlara göre daha fazla sağlık hizmet sunucularını kullandıkları söylenebilir. Bu durumda sağlık kurumlarını algılamaları önem arz etmektedir.

Toplumun doktor hakkında zihinlerinde oluşturdukları değerlendirmeye göre en fazla ortalamaya sahip ilk beş ifade; doktorların halkın içinden insanlar oldukları,

katılımcıların üzerinde bırakılan izlenimle hatırladıkları, ailelerinden bir kişinin doktor olmasını istedikleri, hastalıkla ilgili problemlerin rahatlıkla anlatabildikleri, doktorların işlerini yaparken reklamlarını da yapmış olmalarıdır. Özellikle katılımcıların üzerlerinde bırakılan izlenimle doktorları hatırlamaları hasta-doktor ilişkisinin önemini ortaya çıkarmıştır. Toplumun doktor hakkında zihinlerinde oluşturdukları değerlendirmeye göre en düşük ortalamaya sahip ilk beş ifadeden hareketle; doktorların kişisel problemlerini hastalara anlatmadığı, doktorların empati kuramadıkları, hastaneyle ilgili detaylı bilgi vermedikleri, doktorların hastalarıyla tartışmadıkları ve hastaneyle ilgili yaşanacak sıkıntılar hakkında bilgi vermedikleri söylenebilir.

Sağlık hizmet kalitesi ile ilgili tüketicilerin katılım gösterdikleri ilk beş ifadenin; çalışanların temiz ve düzgün görünüşlü olduğu, randevulara uygun hareket edildiği, geçmişe yönelik tutulan kayıtların doğru olduğu, hastanedeki fiziksel materyallerin görünümünün sunulan hizmete uygun olduğu ve şahsi bilgilerin saklanmasında hastanenin güvenilir olduğu ortaya çıkmıştır. Tüketicilerin katılım göstermedikleri il beş ifade ise; yapılan işlemlerin saatlerinin uygun olmadığı, çalışanların müşterilerin isteklerine cevap verebilecek bilgiye sahip olmadıkları, çalışanların müşterilere yardımcı olma noktasında arzulu olmadıkları, hastaların özel ihtiyaçlarının anlayışla karşılanmadığı ve çalışanların hızlı bir şekilde hizmet sunmasının gerçekçi olmadığı sonucu söylenebilir.

Müşteri memnuniyeti ile ilgili katılımcıların değerlendirmelerine bakıldığında; tüketiciler en fazla çalışanların görünümünden ve doktorların hastalara karşı davranışından memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Katılımcılar en düşük ortalamayla çalışanların hastaları bilgilendirmesinden ve verilen hizmetlerin kalitesinden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

6.2. Keşifsel Sonuçlar

Araştırmanın bu bölümünde faktör, korelasyon, regresyon ve farklılık analiz sonuçları değerlendirilecektir. Yapılan faktör analiz sonuçlarına göre; sağlık hizmet kalitesi ölçeğinde 4 farklı boyut ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada kullanılan SERQUAL ölçeğinde 5 faktör bulunmasına rağmen analiz sonucunda ortaya 4 faktör çıkmasında, ölçeğin uygulama bölgesinde tüketici davranışlarının farklı olması, evren

ve örneklemin farklı olması, tüketicilerin anket sorularını farklı algılamaları gibi nedenler gösterilebilir. Literatürde SERQUAL ölçeği kullanılarak yapılan benzer çalışmalarda da faktör isimleri ve sayıları aynı veya farklı çıktığı görülmektedir. Parasuraman ve arkadaşlarının (1985), Cronin ve Taylor'un (1992, 1994) ve Babakus ve Mangold'un (1992) yaptığı çalışmalarda da aynı faktör isimleri ile sonuçlar görülmektedir. Tucker ve Adams (2001), Boshoff ve Gray'ın (2004) SERQUAL ölçeğini kullanarak yaptığı araştırmalarda ise hem faktör isimlerinin hem faktör sayılarının farklılaştığı görülmektedir. Sebep her ne olursa olsun bu araştırmada ortaya çıkan sonuç, sağlık hizmet kalitesi bileşenlerinden güven ve güvenilirlik faktörünün tek faktör içerisinde toplandığıdır. Bu boyutlar içerisinde sağlık hizmet kalitesini en iyi düzeyde temsil eden boyut güvenilirlik boyutudur. Bu boyutu sırasıyla fiziksel görünüm, isteklilik ve empati boyutu takip etmektedir. Literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada güvenilirlik ve güven tek faktör altında toplanmıştır.

Algılanan doktor imajı ölçeğinde 5 farklı boyut ortaya çıkmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda da doktor imajı, iletişimi, hasta-doktor ilişkisi gibi benzer çalışmalarda, benzer faktörlerin ortaya çıktığı görülmektedir. Ölçeklerinden yararlanan Buller ve Buller'in (1987) çalışmasında doktorların olumlu davranışları ve olumsuz davranışlarına yönelik iki faktör ortaya çıktığı görülmektedir. Bu iki faktörün hasta memnuniyeti üzerine araştırması yapılmıştır. Özdemir'in (2006) ise yaptığı çalışmada 8 faktör ortaya çıkmıştır. Yine bu faktörler içerisinde yer alan ifadelerle bu çalışmada ortaya çıkan faktörler karşılaştırıldığında benzer oldukları görülmektedir. Fakat Özdemir (2006) yaptığı çalışmada sadece doktorların toplumsal imajını ortaya çıkarmıştır. Ölçeğinden yararlanan diğer bir çalışma olan Söylet ve Mengü'nün (2011) araştırmasında doktorlara yönelik oluşan olumlu ve olumsuz düşünceler ortaya konulmuştur. Çıkan sonuçlarla bu araştırmada çıkan faktörler benzerlik göstermektedir. Bu araştırma da ortaya çıkan boyutları içerisinde doktor imajını en iyi temsil eden boyut doktorun hastayı bilgilendirmesi boyutudur. İkinci sırada ise olumlu algılanan doktor imajı bulunmaktadır. Bu boyutları sırasıyla doktorun para düşüncesi, olumsuz algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor itibarı takip etmektedir.

Müşteri memnuniyeti ölçeğinde ise 2 farklı boyut ortaya çıkmıştır. Bu boyutlardan müşteri memnuniyeti ölçeğini en iyi temsil eden boyut fiziksel kanıtlardan memnuniyet boyutudur. İkincisi ise doktor ve diğer yardımcı sağlık personelinin memnuniyet boyutudur. Literatürde müşteri memnuniyetini etkileyen faktörlerle bu araştırmada ortaya çıkan faktörler karşılaştırıldığında benzer sonuçlar görülmektedir. Ayrıca literatürde fiziksel unsurlardan memnuniyetin, çalışanlardan memnuniyete göre önem derecesi farklı olan çalışmalar bulunmaktadır. Literatür taraması kısmında müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler kısmında detaylı bir şekilde açıklama yapılmıştır.

Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı değişkenleri arasındaki korelasyon analiz sonuçlarına göre; güvenilirlik boyutu ile doktorun hastayı bilgilendirmesi ve olumlu algılanan doktor davranışı arasında orta düzeyde pozitif ilişki varken, doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışı arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Fiziksel görünüm boyutu ile doktorun hastayı bilgilendirmesi ve olumlu algılanan doktor davranışı arasında düşük düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki varken, doktorun para düşüncesi ile düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. İsteklilik boyutu ile doktorun hastayı bilgilendirmesi ve olumlu algılanan doktor davranışı arasında düşük düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki varken; doktorun para düşüncesi, olumsuz algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor itibarı arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmet kalitesinin son boyutu olan empati ile doktorun para düşüncesi, olumsuz algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor itibarı arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Literatürde yapılan araştırmalara bakıldığında sağlık hizmet kalitesi ile algılanan doktor imajı arasında benzer ilişkilerin olduğu görülmektedir. Bu araştırmada ortaya çıkan doktorların hastalarına karşı olumlu davranış sergilemeleri, hastalarını bilgilendirmeleri, doktorun para düşüncesi, olumsuz algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor itibarının sağlık hizmet algısı ile ilişkili olduğu Satsangan ve diğ., 2015, Aydın ve Yıldırım, 2012, Atinga ve diğ., 2011, Eleuch, 2011, Owusu ve diğ., 2010, Gülmez, 2005, Varinli ve Çakır, 2004, Varinli ve diğ., 2001, Butler ve diğ., 1996 çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analiz sonuçlarına göre; müşteri memnuniyetini etkileyen en önemli sağlık hizmet kalitesi boyutları güvenilirlik, fiziksel görünüm ve istekliliktir. Güvenilirlik ile ilgili ölçekte yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde hastane çalışanlarının ve işleyişin müşterilerde güven oluşturması memnuniyet açısından en önemli boyuttur. Fiziksel görünüm boyutunda yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde ise hastanelerde bulunan her türlü araç-gereç ve çalışanların görünümü memnuniyeti etkileyen en önemli ikinci boyuttur. Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir. Yapılan çalışmalarda müşteri memnuniyetini etkileyen en önemli boyutları oluşturan ifadelerle bakıldığında fiziksel altyapı, güven, güvenilirlik, ulaşım, iletişim vb. boyutlarla bu çalışmada ki boyutlar benzerlik göstermektedir. (Öksüz, 2010; Reidenbach ve Beverly, 1990; Piligrimiene ve Rutelione, 2013; Boshoff ve Gray, 2004; Tucker ve Adams, 2001; Mowen ve diğ., 1993). Çalışanların istekli davranmaları da müşteri memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir. Bu doğrultuda isteklilik boyutunda yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde çalışanların müşterilere yardımcı olmaları konusunda arzulu olması önem arz etmektedir. Bu sonuçlar ışığında sağlık hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında kurulan hipotezlerin çoğu kabul edilmiştir. Fakat sağlık hizmet kalitesi boyutu olan empati ile müşteri memnuniyeti arasında kurulan hipotez reddedilmiştir. Dolayısıyla çalışanların ve kurumun müşterileri anlamaları noktasında empati kurabilmeleri ile ilgili herhangi bir ilişkinin olmadığı öngörülmektedir.

Algılanan doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerinde etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizine göre; müşteri memnuniyetini etkileyen en önemli boyutlar doktorun hastayı bilgilendirmesi, olumlu algılanan doktor davranışı, doktorun para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışdır. Doktorun hastayı bilgilendirmesi ile ilgili ölçekte yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde; doktorların hastalarını bilgilendirmesi, dinlemesi, hastalarına saygılı olması, eşit davranması, işini iyi yapması müşteri memnuniyeti için önem arz etmektedir. İkinci önemli boyut olan olumlu algılanan doktor davranışında ise doktorların hastalarına karşı samimi, açık sözlü, dürüst, nazik, yönlendirici, inandırıcı ve alçak gönüllü olması yine müşteri memnuniyeti açısından önem arz etmektedir. Doktorların para düşüncesi ve olumsuz algılanan doktor davranışları ise müşteri memnuniyetini olumsuz etkileyen

faktörlerdendir. Bu doğrultuda doktorların daha fazla para kazanma istekleri, müşterilerine karşı davranışlarının verilen paraya göre değişiklik göstermesi, para sevgisi, hastaları vasıtasıyla reklamlarını yapmak istemeleri müşteri memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Doktorların müşterilerine karşı olumsuz davranış içerisinde bulunmalarında da müşteri memnuniyeti olumsuz yönde etkilenmektedir. Doktorların bu yönde sinirli, kibirli, soğuk, tartışmacı olması ve kendi problemlerini hastalarına anlatmaları memnuniyet açısından olumsuz etki oluşturmaktadır. Literatürde yapılan doktor davranışlarının memnuniyetle ilişkisi, kurumsal ve mesleki imaj çalışmaları, hasta-doktor etkileşimi, doktor davranış stilleri gibi benzer araştırmalarda da benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Doktor-hasta arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda (Kırılmaz, 2013; Fogarty, 2001; Yalçın ve Koçak, 2009; Büber ve Başer, 2012; Kısa 2007; Öksüz, 2010) doktorun hastayı bilgilendirmesinin ve doktorların olumlu davranışlarda bulunmalarının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Algılanan doktor imajı ile müşteri memnuniyeti arasında kurulan hipotezlerin çoğu kabul edilmiştir. Fakat algılanan doktor imajı boyutu olan olumsuz algılanan doktor itibarı ile müşteri memnuniyeti arasında kurulan hipotez reddedilmiştir. Bu doğrultuda müşterilerin doktorların itibarları ile ilgili memnuniyet noktasında etkilenmelerinde her hangi bir ilişkinin olmadığı öngörülmektedir.

Katılımcıların demografik özellikleri ile değişkenler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı ANOVA ve Independent Sample T Testi yapılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, geliri, sağlık güvencesi, genel olarak tercih ettikleri sağlık kuruluşu ve yaşadıkları il ile değişkenler arasında anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Aşağıda sadece gruplar arasında çıkan farklılıklara yer verilmiştir.

Sağlık hizmet kalitesi ile katılımcıların demografik özellikleri arasında ortaya çıkan farklılıklara bakıldığında; ileri yaş grubunun orta yaş grubuna göre, düşük eğitim seviyesine sahip katılımcıların yüksek eğitim seviyesine sahip katılımcılara göre (güvenilirlik faktöründe bu durum tam tersidir), güvenilirlik faktöründe emeklilerin devlet memuru ve özel sektör çalışanlarına göre, isteklilik faktöründe ise özel sektör çalışanları ve öğrencilerin emeklilere göre; yüksek gelir sahipleri düşük gelir sahiplerine göre, özel hastaneye gidenlerin üniversite hastanelerine gidenlere göre,

Düzce’de yaşayanların Bolu’da yaşayanlara göre algılamaları bakımından farklılık göstermektedir.

Algılanan doktor imajı ile katılımcıların demografik özellikleri arasında ortaya çıkan farklılıklara bakıldığında; erkeklerin kadınlara göre, ileri yaş grubunun orta ve genç yaş grubuna göre (olumsuz algılanan doktor davranışında bu durum tam tersidir), düşük eğitim seviyesine sahip katılımcıların yüksek eğitim seviyesine sahip katılımcılara göre, emeklilerin diğer meslek gruplarına göre (olumsuz algılanan doktor davranışında bu durum tam tersidir), evlilerin bekârlara göre (olumsuz algılanan doktor davranışında bu durum tam tersidir), düşük gelir sahiplerinin yüksek gelir sahiplerine göre (olumsuz algılanan doktor davranışında bu durum tam tersidir), hastaneye en az 1 defa gidenlerin 3 defadan fazla gidenlere göre, SSK sağlık güvencesine sahip katılımcıların emekli sandığı ve özel sağlık güvencesine sahip katılımcılara göre, devlet hastanelerini tercih edenlerin diğer hastaneleri tercih edenlere göre algılamaları farklılık göstermektedir. Ayrıca katılımcıların doktorun hastayı bilgilendirmesi ve olumlu algılanan doktor davranışında Düzce’de yaşayanların Bolu’da yaşayanlara göre, olumsuz algılanan doktor davranışı ve olumsuz algılanan doktor itibarında ise Bolu’da yaşayanların Düzce’de yaşayanlara göre algılanan doktor imajını algılamaları bakımından farklılık göstermektedir.

Müşteri memnuniyeti ile katılımcıların demografik özellikleri arasında ortaya çıkan farklılıklara bakıldığında; erkeklerin kadınlara göre, ileri yaş grubunun orta yaş grubuna göre, düşük eğitim seviyesine sahip katılımcıların yüksek eğitim seviyesine sahip katılımcılara göre, emeklilerin öğrencilere göre, evlilerin bekârlara göre, devlet hastanesine gidenlerin diğer hastanelere gidenlere göre, Bolu’da yaşayanların Düzce’de yaşayanlara göre, müşteri memnuniyetini algılamaları bakımından farklılık göstermektedir.

YEDİNCİ BÖLÜM

ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde sonuçların değerlendirilmesinden yola çıkılarak uygulamaya (sağlık hizmet kuruluşlarına) ve literatüre yönelik öneriler sunulmaktadır.

7.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Araştırma sonuçları, sağlık hizmet sektöründe müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler içerisinde sağlık hizmet kalitesinin yanında algılanan doktor imajının da var olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu sonucun ortaya çıkmasıyla sektörel anlamda doktorlar ile ilgili imaj oluşumlarına önem verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi boyutlarının çeşitli olması nedeniyle hangi boyut kapsamında çalışma yapılacağı da önem arz etmektedir. Bolu ve Düzce İllerinde yapılan bu çalışmadan hareketle sektörel anlamda kalitenin artırılması ve müşteri memnuniyetinin yükseltilmesi hususunda bazı öneriler sunulmaktadır. Yapılan araştırmanın sonuçlarına göre kamu hastaneleri %81.8 ile en fazla tercih edilen ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdir. Bu doğrultuda araştırmanın sonuçları en fazla kamu hastanelerini ilgilendirmektedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda sağlık kuruluşlarında müşteri memnuniyetinin artırılabilmesi için iyi doktor beklentisi, sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajı ile ilgili öneriler aşağıda sıralanmaktadır.

7.1.1. İyi doktor beklentisi ile ilgili öneriler

Yapılan analiz sonuçlarında en fazla müşteriler tarafından beklenen “iyi doktor tanımlaması” alanıyla ilgili bilgili olmasıdır. Bu doğrultuda doktorların nitelik anlamında yeterli olması sağlık kuruluşlarına önerilmektedir. İkinci en iyi beklentinin doktorların hijyenik olması müşterilerin temizlik konusunda hassas olduklarını göstermektedir. Bu doğrultuda da doktorların müşterileriyle bir arada olduklarında hijyene önem vermeleri, temiz görümlü olmaları, özellikle işlerini yaparken veya yaptıktan sonra sağlık hizmetlerinde dikkat edilmesi gereken temizlik kurallarına uymaları önerilmektedir. İyi doktor tanımlamasında daha sonra gelen beklentiler ise sırasıyla doktorların yalan söylememeleri konusunda dürüst olmaları, müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılama konusunda anlayışlı, herkesin anlayacağı bir dilde

konusabilecek kadar açık sözlü, güler yüzlü, nazik, samimi, mütevazı ve ciddi olmasıdır.

7.1.2. Sağlık Hizmet Kalitesi ile İlgili Öneriler

Bu araştırmada yapılan analiz sonuçlarında sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini etkileyen en önemli boyutların sırasıyla güvenilirlik, fiziksel görünüm ve isteklilik olduğu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda hastaneye ve hastane çalışanlarına olan güvenilirliğin artması müşteri memnuniyetinde birinci derecede önemli olduğu görülmektedir. Bu sonuçla, sağlık kuruluşları gerçekleştirdikleri işlemleri, kayıtları, randevu saatlerini doğru ve güvenilir bir şekilde sunması önerilmektedir. Ayrıca hastane çalışanlarına duyulan güvenin artması müşteri memnuniyeti açısından dikkate alınmalıdır.

İkinci derecede önemli olan boyut ise hastanelerin fiziksel olarak iyi duruma getirilmesidir. Bu sebeple hastanenin modern araç-gerece sahip olması, hastanede kullanılan materyallerin görünümü, çekiciliği, hastane çalışanlarının temiz ve düzgün görünümü önem arz etmektedir. Özellikle teknolojinin ve tedavi yöntemlerinin hızlı bir şekilde değiştiği günümüz dünyasında sağlık kuruluşlarının bu değişimleri takip edebilmeleri ve uyum sağlamaları gerekmektedir. Sağlık kurumları, altyapılarının ve sistemlerinin sağlık hizmeti verilmesini desteklediğinden ve engellemediğinden emin olması gerekmektedir.

Üçüncü derecede önemli olan boyut ise isteklilik boyutudur. Bu doğrultuda sağlık kuruluşlarının müşterilerine karşı yardımcı olma noktasında arzulu olması ve sağlık hizmetlerini hızlı sunmasının gerçekçi olması önerilmektedir. Çalışanların müşterilerin isteklerine cevap verirken olumlu davranışlar sergilemesi, müşterilere ailenin bir üyesi gibi davranması, müşterilerin üzüntülerinin ve mutluluklarının paylaşılması sağlık kuruluşlarına önerilebilir.

7.1.3. Algılanan Doktor İmajı ile İlgili Öneriler

Araştırmanın bir diğer değişkeni olan algılanan doktor imajı ile ilgili analiz sonuçlarına bakıldığında müşteri memnuniyetini etkileyen en önemli boyutun doktorun hastayı bilgilendirmesi olduğu görülmektedir. Diğer önemli boyutlar ise sırasıyla olumlu algılanan doktor davranışı, doktorun para düşüncesi ve olumsuz

algılanan doktor davranışıdır. Bu sonuçlar ışığında doktorların ilk olarak üzerinde durmaları gereken konunun bilgilendirme olduğu görülmektedir. Müşterilerin teşhis, tedavi, tahlil, tetkik, vb. konularda bilgilendirilmeleri önem arz etmektedir. Doktor-hasta arasındaki iletişimde her iki tarafında birbirlerine iletecekleri mesajlar vardır. Sadece doktorun hastaya bilgi vermesi söz konusu değildir. Hastaların doktorlara sorduğu sorulara yanıt vermesi de önemlidir. Hatta bu araştırma sonuçlarına göre doktorların hastayı bilgilendirmesi sonucunda müşterilerin çalışanlardan memnun olmalarının yanında fiziksel kanıtlardan bile memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Yani doktorların müşterileri bilgilendirmeleri hem hastaneye hem de çalışanlara karşı olumlu bir algının oluşacağını göstermektedir.

Sağlık kuruluşları müşterilerin memnun olabilmeleri için doktorlar tarafından bilgilendirilmeleri konusunda hassasiyet göstermelidirler. Bu bilgilendirmeler iki yönlü simetrik bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Sadece kurumun lehinde algı oluşturulması düşünülmemelidir. Aynı doğrultuda müşterilerin lehinde olumlu değişimlerin yaşanabileceği bir iletişim ve bilgilendirmede kurgulanmalıdır. Bu doğrultuda iletişim teknolojilerinin geliştiği günümüz dünyasında internet, sosyal medya, halkla ilişkiler uygulamaları vb. kullanılarak doktorların ulaşılabilir olması sağlanmalıdır. Ayrıca sağlık kuruluşlarının doktor-hasta ilişkilerini geliştirmesi için müşteri ilişkileri sistemleri üzerinde durması ve bu sistemleri sürekli iyileştirmesi önerilmektedir.

Sağlık kuruluşlarının üzerinde durması gereken bir diğer konu olumlu algılanan doktor davranışıdır. Bu boyuttaki ifadeler birlikte düşünüldüğünde doktorların alçak gönüllü, inandırıcı, yönlendirici, nazik, dürüst, açık sözlü ve samimi olmalarıdır. Bu doğrultuda sağlık kuruluşları doktorların müşterilerle iletişim kurarken olumlu davranışlar sergilemeleri konusunda hassasiyet göstermeleri gerekmektedir. Çünkü doktorların müşterilerine karşı olumlu davranış sergilemesi hem çalışanlara hem de fiziksel kanıtlara yönelik memnuniyeti arttıracığı bu çalışmada ortaya çıkmıştır.

Sağlık kuruluşlarının üzerinde durması gereken bir diğer konu doktorun para düşüncesidir. Ölçekte yer alan ifedelerden hareketle doktorların daha fazla para kazanma istekleri, müşterilerine karşı davranışlarının verilen paraya göre değişiklik

göstermesi, para sevgisi, hastaları vasıtasıyla reklamlarını yapmak istemeleri müşteri memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu doğrultuda doktorların mesleklerini icra ederken para kazanma arzusunu hastalarına karşı hissettirecek davranışlardan, konuşmalardan, ifadelerden kaçınması gerekmektedir. Şüphesiz her insan kazanç sağlamak ister. Fakat insanların sağlıkları ile ilgili problemlerinde hassas davranmaları düşünüldüğünde, doktorlarında bu hassasiyeti dikkate almaları önem arz etmektedir. Bu sebeple doktorlar kazanç sağlama ile ilgili düşüncelerini açık bir şekilde müşterilere karşı ifade etmemeleri gerekmektedir.

Sağlık kuruluşlarının üzerinde durması gereken bir diğer konu ise olumsuz algılanan doktor davranışıdır. Bu boyuttaki ifadeler birlikte düşünüldüğünde doktorların bir konuyu abartarak anlatması, tartışmacı, kibirli, sinirli, soğuk karakterli olmaları ve problemlerini hastalarına anlatmalarınıdır. Bu durum müşterilerin memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle doktora yönelik şiddetin arttığı günümüzde olayların fikri altyapısını oluşturan olumsuz davranışlardan kaçınılması gerekmektedir. Toplumda algılanan olumsuz davranışların olumlu davranışlara dönüştürülmesi için sağlık kuruluşlarına doktor-hasta arasında ortak değerler oluşturulması önerilebilir. Müşterilerin doktorların görevlerini ve doktorların da müşterilerin haklarını bilerek davranış sergilemeleri karşılıklı anlayışı sağlayabilir. Sağlık kuruluşları karşılıklı anlayış konusunda zemin hazırlamalıdır. Aksi takdirde doktorların olumsuz davranış sergilemesi tüm çalışanlara yönelik memnuniyeti olumsuz etkileyecektir.

7.2. Literatüre Yönelik Öneriler

Bu araştırma, Bolu ve Düzce illerinden sağlık hizmeti almış kişilerin düşüncelerine yönelik analiz sonuçlarını içermektedir. Dolayısıyla tüm ülke veya dünya sağlık hizmet sektörü için veya farklı sektörler için genellenemez. Yapılacak araştırmalarda çizilen kapsamlı çerçeveden ve araştırma neticesinde elde edilen sonuçlardan yararlanılarak tüm ülke veya farklı ülkelerde doktorların imajını ve sağlık hizmet kalitesini ölçen bir ölçek geliştirilebilir. Ayrıca bu araştırmada sadece sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının müşteri memnuniyetine yönelik etkisi incelenmiştir. Yapılacak araştırmalarda sağlık hizmet sektöründe çalışan diğer meslek

gruplarının imajları ve kurum içi çalışanların birbirleri hakkındaki düşünceleri de incelenebilir.

Bu araştırmada sağlık hizmet kalitesi sadece SERQUAL ve SERPERF ölçeği kullanılarak analiz edilmiştir. Bu sebeple yapılacak çalışmalarda sağlık hizmet kalitesini ölçen değişik ölçeklerden de yararlanılabilir. Ülke, bölge, kültür, yaşam koşulları vb. farklılıklar dikkate alınarak daha kapsamlı ölçek geliştirilebilir.

Diğer taraftan algılanan doktor imajının memnuniyet üzerine etkisinin incelendiği bu araştırmadan sonra yapılacak araştırmalarda algılanan doktor imajının müşteri bağlılığı ve sadakatine yönelik çalışmalar yapılabilir. Özellikle doktorun hastayı bilgilendirmesinin ve olumlu algılanan doktor davranışlarının müşteri bağlılığı ve sadakati üzerine etkisi incelenebilir.

Bu araştırma sonuçlarında devlet hastanelerinin diğer hastanelere göre daha fazla tercih edildiği ortaya çıkmıştır. Yapılacak araştırmalarda devlet hastanelerinin üniversite ve özel hastanelere göre daha fazla tercih edilmesinin nedenleri araştırılabilir. Algılanan doktor imajı ile demografik gruplar arasında yapılan farklılık analizinde çoğu hipotez kabul edildiğinden yapılacak araştırmalarda bu farklılıkların neden kaynaklandığı ortaya çıkarılabilir. Aynı şekilde sağlık hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ile demografik gruplar arasında yapılan farklılık analizinde kabul edilen hipotezlere göre farklılıkların neden kaynaklandığı ortaya çıkarılabilir.

Kaynakça

- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. İkinci Baskı. ATAUM Araştırma Dizisi No:25, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akgün, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi*. 44 ss. 510-527.
- Altunışık, R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S., Yıldırım E., (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı*. 6. Basım, Sakarya Yayıncılık.
- Amstrong, G. ve Kotler, P. (2003). *Marketin An Introduction*. Six Edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Andaleeb, Saad, Syed. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11 Iss 6 pp. 181 - 187
- Anderson, E. A. ve Zwellling, L. A, (1996). Measuring Service Quality at The University of Texas M.D Cancer Center. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 9 (7), pp. 9-22.
- Atinga, R. A., Abekah, N. G., Domfeh, K. A. (2011). Managing Healthcare Quality in Ghana: A Necessity of Patient Satisfaction. *International Journal Of Healthcare Quality Assurance*. 24 (7), pp. 548-563.
- Auka, D. O., Bosire, J. N. ve Matern, V. (2013). Perceived Service Quality and Customer Loyalty in Retail Banking in Kenya. *British Journal of Marketing Studies*. 1 (3), pp. 32-61.
- Aydın, K. ve Yıldırım, S. (2012). Hizmet Sektöründe Servperf Ölçeği İle Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi (Sağlık Hizmetleri Sektöründe Bir Uygulama). *Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*. 1 (2), ss. 33-52.
- Babakus, E., Mangold, G. W. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Reseach*. 26 (6), pp. 767-786.
- Bakır, Y. (2006). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Mustafa Kemal Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalı. Hatay.

- Bal, M. (2011). Çalışan Personelin Kurumsal İmaj Oluşumuna Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya.
- Baştürk, R. (2010). Bütün Yönleriyle SPSS Örneklî Nonparametrik İstatistiksel Yöntemler, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Bayuk, N. ve Küçük, F. (2007). Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati İlişkisi. Marmara Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi. 22 (1), ss. 285-292.
- Beckman, H. B., K. M. Markakis, A. L. Suchman, and R. M. Frankel. (1994). The Doctor-Patient Relationship and Malpractice: Lessons From Plaintiffs' Depositions, *Archives of Internal Medicine* 154:1365–70.
- Bendapudi, N. M., Berry, L. L., Frey, K. A., Parish, J. T., Rayburn, W. L. (2006). Patients' Perspective on İdeal Physician Behaviors. *Mayo Foundadion for Medical Education and Research: Special Article*. 81(3), pp. 338-344.
- Bensing, J. (1991). *Doctorpatient Communication and The Quality Of Care: An Observational Study Into Affective And Insturmental Behaviour in General Practice*. Nederlands Instituut Voor Onderzoek Van De Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht: Nivel.
- Black, N., and Gruen, R. (2005). *Understanding Health Services*, Open University Press, Mcgraw-Hill Education, England, Aktaran: Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Blythe, J. (2005). *Essential of Marketing*. Third Edition. London: Pearson Education.
- Booms, B. H. ve Bitner, M. J. (1981). *Marketing Strategies and Organization Structures for Service Firms*. Edit: Donnelly, J.H., George, W.R., *Marketing of Services*. Chicago: American Marketing Association. pp. 47-52.
- Boshoff, C. ve Gray, B. (2004). The Relationships Between Service Quality, Customer Satisfaction and Buying Intentions in the Private Hospital Industry, *S. Afr. J. Bus. Manage.*, 35: 27-37.
- Brand, R.R., Cronin, J.J. and Routledge, J.B., (1998) Marketing To Older Patients: Perceptions of Service Quality, *Health Market. Q.*, 15: 1-31.

- Brashier, L. W., Sower, V. E., Motwani, J. ve Savoine, M. (1996). Implementation of TQM/CQI in Health Care Industry: A Comprehensive Model. *Benchmarking for Quality Management and Technology*. 3 (2), pp. 31-50.
- Broderrick, A. J. ve Vachirapornuk, S. (2008). İnternet Bankacılığında Hizmet Kalitesi: Müşteri Rolünün Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*. 9, ss. 131-147.
- Buller, M. K. and Buller, D. B. (1987). Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 28, No. 4, pp. 375-388.
- Butler, D., Oswald, S. L. ve Turner, D. E. (1996). The Effects of Demographics on Determinants of Perceived HealthCare Service Quality: The Case of Users and Observers. *Journal of Management in Medicine*. 10 (5), pp.8-20.
- Büber, R. ve Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 4 (1), ss. 265-274.
- Büyüköztürk, Şener. (2015). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, 21. Baskı, Pegem Yayınları, Ankara.
- Cho, W.H, Lee, H., Kim, C., Lee, S., and Choi, K.S. (2004). The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: A South Korean study. *Health Serv. Res*, 39: 13-34.
- Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H. ve Kim, C. (2004). The Relationships Among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral İntention İn Health Care Provider Choice: A South Korean Study. *Journal of Business Research*. 57, pp. 913-921.
- Churchill, G. A., Surprenant, C. (1982). An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 19 (4), pp. 491-504.
- Clemes, M. D., Ozanne, L. C. ve Laurensen, W. L. (2001). Patients' Perceptions of Service Quality Dimensions: An Empirical Examination of Health Care in New Zealand. *Health Marketing Quarterly*. 19 (1). pp. 1-18.
- Conway, T. ve Willcocks, S. (1997). The Role of Expectations in the Perception of Health Care Quality: Developing a Conceptual Model. *International Journal of Health Care Quality*. 10 (3), pp. 131-140.

- Cowell, D. (1993). *The Marketing of Services*. Butterworth Heinemann, Lianacre House, Jordan Hill: Oxford.
- Cronin, J. J., ve Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, *Journal of Marketing*. 56, pp. 55-68.
- Çatı, K. ve Yılmaz, A. (2002). Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Pazarlama Dünyası*. 16 (4), ss.46-53.
- Çelik, S., Pasinlioğlu, A., Kocabeyoğlu, T. ve Çetin, S. (2013). Hemşirelik Mesleğinin Toplumdaki İmajının Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 21 (3), pp. 147-153.
- Deber, R. B., Kraetschmer, N., Urowitz, S. ve Sharpe, N. (2005). Patient, Consumer, Client, or Customer: What Do People Want To Be Called?. *Health Expectations*. 8 (4), pp. 345-351.
- Değermen, A. (2006). *Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati (Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakatının Sağlanması ve GSM Sektöründe Bir Uygulama)*. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- Deming, W. E. (1998). *Krizden Çıkış*. Çeviren: Cem Aktaş. İstanbul: Kalder Yayınları.
- Demirel, Y., Yoldaş, M. A. ve Uslu Divanoğlu, S. (2009). Algılanan Hizmet Kalitesinin Tetmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, Akademik Bakış*, Sayı 16, Nisan
- Demirer, Ö. ve Bülbül, H. (2014). Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*. 47 (2). ss. 95-119.
- Demirkan, M. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Endüstri İlişkileri Sistemine Etkileri*. Sakarya: Değişim Yayınları.
- Derin N. ve Demirel, E. T. (2011). Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Ünü ile Hasta Tutum Ve Davranışları Arasındaki ilişkinin incelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 21 (2), ss. 208-235.

- Devebakan, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(1), ss.120-149.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, IM. Michigan: Health Administration Press.
- Doran, D. ve Smith, P. (2004). Measuring Service Quality Provision Within an Eating Disorders Context. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17 (7), pp. 377-388.
- Doyle, J. (2004). Prospects for Preferences. *Computational Intelligence*. 20 (2), pp. 111-136.
- Duggirala, Rajendran, M. C. ve Anantharaman, R.N. (2008). Patient-Perceived Dimensions Of Total Quality Service In Healthcare, Benchmarking: Int. J., 15: 560-583.
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 23, ss.1-16.
- Dündar, T. (2010). *Sağlık Çalışanlarının Yıldırımaya Maruz Kalmalarında Hastane Etik İklimi ile Sosyodemografik Özelliklerinin Rolü: Bolu İli Hastanelerinde Bir Araştırma*. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Edwardsson, B. (1998). Service Quality Improvement, *Managing Service Quality*. 8 (2), pp. 142-149.
- Ehigie, B. O. (2006). Correlates of Customer Loyalty to Their Banks: A Case Study in Nigeria. *International Journal of Bank Marketing*. 24 (7), pp. 494-508.
- Eleuch, A. K. (2011). Healthcare Service Quality Perception in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24 (6), ss. 417-429.
- Emiroğlu, N. (2000). Sağlık Personelinin Ve Toplumun Hemşirelik İmaji. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. Sayı: 1, ss. 9-18.
- Esatoğlu ve Aksoy (1997). *Hasta Tatmininin Ölçülmesi*. İçinde; Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü (Edit: Çoruh, M.). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı. ss. 61-72.

- Esatoğlu, A. E. (1997). Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Fitzpatric, R. (1991). Surveys of Patient Satisfaction: I-Important General Considerations. *Business and Management Journal*. 302, pp. 887-889.
- Fitzsimmons, J. A. ve Fitzsimmons, M. J. (2000). *Service Management: Operations, Strategy and Information Technology*. Singapore: Mc Graw-Hill.
- Fochsen, G., Deshpande. K. ve Thorson A. (2006). Power Imbalance and Consumerism in the Doctor-Patient Relationship: Health Care Providers' Experiences of Patient Encounters in a Rural District in India, *Qual Health Res*. 16: 1236.
- Fogarty, C. T. (2001). Examining the İnfluence of Physicians in the Lives of Patients over Time: Taking A History of the Doctor-Patient Relationship. *Families, Systems & Health*. 19 (2), pp. 221-226.
- Fornell, C., Jhonson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J. and Bryant, B. E. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings, *Journal of Marketing*, Vol. 60, No. 4 (Oct., 1996), pp. 7-18
- Garvin, D. A. (1987). Competing On Eighth Dimensions Of Quality. *Harvard Business Review*. (November-December) pp.101-109.
- Gedikli, C. (1998). Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kayseri.
- Ghobadian, A., Speller, S. ve Jones, M. (1994). Service Quality Concepts and Models. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 11 (9), pp. 43-66.
- Gronroos, C., (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington Books, Lexington, MA., USA., Pages: 298.
- Grönroos, C. (1982). *Strategic Management and Marketing in Service Sector*. Marketing Science Institute. Cambridge. MA.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*. 18 (4), pp. 36-44.

- Grönses, C. (1990). *Service Management and Marketing Managing*. The Moments of Truth in Service Competition. Massachusetts: Lexington Books.
- Gulbrandsen, P. Fugelli, P. and Hjortdahl, P. (1998) Psychosocial Problems Presented by Patients with Somatic Reasons for Encounter: Tip Of The Iceberg?, *Family Practice* (1998) 15 (1): 1-8.
- Gummeson, E. (1987). The New Marketing-Developing Long Term Interactive Relationships. *Long Range Planning*. 20 (4), pp. 10-20.
- Gummeson, E. (1995). *Relationship Marketing; Its Role in the Service Economy in Understanding Services Management*. New York: John Wiley.
- Gupta, H. D., (2008). Identifying Health Care Quality Constituents: Service Providers' Perspective. *Journal of Management Research*. 8 (1), pp. 20-28.
- Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S. ve Yapraklı, Ş. (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*. Ankara: Detay yayıncılık.
- 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 Fakültesi Dergisi, Cilt 6, Sayı 2.
- Gülmez, M. ve Dört Yol, İ. T. (2009). *Perakendecilik Sektöründe İşgören Tatminini Etkileyen Faktörler ve Bir Araştırma*. Celal Bayar Üniversitesi VIII Anadolu İşletmecilik Kongresi. 07 Mayıs 2009. ss. 173-179.
- Günel, M. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hasta Tatmini. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı. Ankara.
- Günaydın, Y. (2014). Konaklama İşletmelerinde İç ve Dış Müşteri Açısından Hizmet Kalitesinin ve Sadakatin Analizi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı. İzmir.
- Hak, A. M. T., Koeter, G. ve Van der Wal, G. (2000). Collusion in Doctor-Patient Communication about Imminent Death: An Ethnographic Study. *British Medical Journal*. 321, pp. 1376-1381.
- Hall, J. A. ve Roter, D. L. (1988). Katz NR. Meta-Analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters. *Medical Care*. 26, pp. 657-675.

- Hatch, M. (1997). Relations between Organizational Culture, Identity and Image. *European Journal of Marketing*. 31 (5), ss. 356-365.
- İçöz, O. (2001). *Turizm İşletmelerinde Pazarlama: İlkeler ve Uygulamalar*. İkinci Baskı. Ankara: Turan Kitapevi.
- İlhan, N. M., Yılmaz, D., Barkan B. O., Toksoy, N. ve Uysaler, Z. Y. (2015). *Sağlıkta Şiddet Nasıl Biter*. Sasam Enstitüsü Analiz. Sasam Yayınları.
- İpek, P. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hasta Memnuniyetinin Yeri Ve Önemi Üzerine Bir Uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı. Konya.
- İslamoğlu, A. H. (2011). *Pazarlama Yönetimi*. 5. Baskı. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- İzci, F. ve Saydan R. (2013). Algılanan Hizmet Kalitesi Kurumsal İmaj ve Sadakat İlişkisi (Van Bölge Hastanesi Uygulaması). *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 14 (1), ss. 199-219.
- Juran, J. M. (1962). *Quality Control Handbook*. Second Edition. USA: McGraw-Hill.
- Kalaycı, Ş. (2008). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, *Asil Yayın Dağıtım*, 3. Baskı, Ankara.
- Kaoru, I. (1991). Introduction to Quality Control, Second Edition, Tokyo, 3A Corporation. Aktaran: Değermen, A. (2006). Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati (Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakatının Sağlanması ve GSM Sektöründe Bir Uygulama), Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- Karabulut, K. (1998). Türkiyede Sağlık Sektörü, Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Erzurum.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik Teczacılık, Dış Hekimliği ve Sağlık Bilimleri İçin*. 1. Basım, Nobel Yayıncılık.
- Karasar, N. (2009). Bilimsel Araştırma Yöntemi Kavramlar-İlkeler-Teknikler, 20. Baskı, Ankara
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.
- Kaya, S., (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme*, Ankara, Pelikan Yayınları.
- Kayral, İ. H. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: “Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli”, *Verimlilik Dergisi*, Sayı:3.
- 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), ss. 87-122.
- Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4 (1), ss. 11-21.
- Kısa, A. (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Editör: N. Toggöz, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1778, Eskişehir.
- Kotler, P. ve Armstrong G. (1994). *Principles of Marketing*. Sixth Edition. New Jersey: Prentice Hall International.
- Kotler, P. ve Armstrong, G. (1996). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*. 7. Edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Kotler, P. ve Armstrong, G. (2001). *The Principles of Marketing*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kotler, P. ve Armstrong, G. (2004). *Principles of Marketing*. A Pearson Education Company. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Kotler, P., and Keller, K. L. (2008). *Marketing Management*. 12th Edition, Pearson Cust, London.
- Kotler, P., Armstrong, G., Wong, V. ve Saunders, J. (2008). *Principles of Marketing*. 5th Edition. Harlow: Pearson Education.
- Kotler, P., ve Keller, K. L. (2012). *Marketing Management*. 14th Edition. New Jersey: Prentice Hall.

- Kotler, P., ve Nancy, L. (2007). Kamu Sektöründe Pazarlama Kamu Kuruluşlarının Performansını Geliştirmek İçin Bir Yol Haritası, Mediacat Yayınları (Çeviren: Zeynep Kökkaya Chalar)
- Kozak, N. (2006). *Turizm Pazarlaması*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Kozak, N. (2013). *Turizm Pazarlaması*. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2911. Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 1868. Eskişehir. Türkiye.
- Kruger, H. S. ve Gerber, J. J. (1998). Health Beliefs and Compliance of Black South African Outpatients with Antihypertensive Medication. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*. 15 (3), pp. 201–209.
- Kuriloff, A., Hemphill, J. M. ve Claud, D. (1993). *Starting and Managing the Small Business*. Singopore: McGraw-Hill.
- Kurtuldu, H., Keskin, H. D. (2002). “Değişen Sosyo-Kültürel Faktörlerin Kurum İmajına Etkileri”, 7.Ulusal Pazarlama Kongresi, s. 334.
- Kuzu, A. (2010). Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: SERVQUAL Uygulaması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Üretim Yönetimi ve Pazarlama Anabilim Dalı. Sakarya.
- Leebov, W. ve Scott, G. (1994). *Service Quality Improvement-The Customer Satisfaction Strategy for Health Care*. American Hospital Publishing Inc.
- Lehtinen, U. ve Lehtinen, J. R. (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. *The Service Industries Journal*. 11 (3), pp. 287-303.
- Levitt, T. (1981). Marketing Intangible Products and Product Intangibles. *Harvard Business Review*. 59 (3), pp. 94-103.
- Lewis, R. C. ve Booms, B. H. (1983). *The Marketing Aspects Of Service Quality. Emerging Perspectives in Service Marketing*. Chicago: American Marketing Association.
- Li J., Liu H., Li J., Luo J., Koram N. ve Detels R. (2011). *Sexual Transmissibility of HIV among Opiates Users with Concurrent Sexual Partnerships: An Egocentric Network Study in Yunnan, China*. *Addiction*. 106, pp. 1780-1787.
- Lim, P. C. ve Tang, N. K. H. (2000). A Study of Patients’ Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 13 (7), pp. 290-299.

- Lovelock, C.H., Patterson, P. ve Wirtz, J. (2015). *Service Marketing An Asia-pasific and Australian Perspective*. 6th Edition. Australia: Pearson Education.
- Marley, K.A., Collier, D.A. and Goldstein, S.M., (2004). The Role Of Clinical And Process Quality In Achieving Patient Satisfaction In Hospitals, *Decis. Sci. J.*, 35: 349-369.
- Mcalexander, J. H. ve Kaldenberg, D. O. (1994). Service Quality Measurement. *Journal of Health Care Marketing*. 14 (3), pp. 34-40.
- Mehta, P. V. ve Bhardwaj, K. S. (1998). *Managing Quality and Apparel Industry*. New Delhi: New Age International Publishers.
- Mei, A. W. O., Dean, A. M. ve White, C. J. (1999). Analysing Service Quality in the Hospitality Industry. *Managing Service Quality*. 9 (2), pp.136-143.
- Milutinovic, D., Brestovacki, B. ve Cvejin, M. M. (2010). Patients' Satisfaction with Nursing Care as an Indicator of Quality of Hospital Service. *Journal of Society for Development in New Net Environment in B&H. Health Medicine* 4 (2), pp. 461-466.
- Mowen, J. C., Licata, J. W. ve Mcphail, J. (1993). Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction, *Journal of Health Care Marketing*. 13 (2), ss. 26-34.
- Mucuk, İ. (2004). *Pazarlama İlkeleri*. 14. Baskı. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Nakip, M. (2003). *Pazarlama Araştırmaları*, Seçkin Yayınları. Ankara, 2003.
- Odabaşı, Y. ve Oyman, M. (2008). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Oliver, R. L. (1999). Whence Customer Loyalty? *Journal of Marketing*. 63, pp. 33-44.
- Oswald, S., Turner, D.E., Snipes, R.L., and Butler, D. (1998). Quality Determinants And Hospital Satisfaction. Perceptions of The Facility And Staff Might Be Key Influencing Factors, *Market. Health Serv.*, 18: 18-22.
- Otani, K. and Kurz, R.S. (2004). The Impact of Nursing Care and Other Healthcare Attributes on Hospitalized Patient Satisfaction and Behavioral Intentions, *J. Healthcare Manage*, 49: 181-197.
- Ovretveit, J. (1998). *Evaluating Health Interventions*. Open University Press.

- Owusu, F. N., Nwankwo, S. ve Dason, B., (2010). Measuring Service Quality and Patient Satisfaction with Access to Public and Private Healthcare Delivery. *International Journal of Public Sector Management*. 23 (3), ss.203-220.
- Öksüz, A. S. (2010). Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi Ve Bir Uygulama Araştırması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Ankara.
- Özdemir, Ş. (2006). Doktorların Toplumsal İmajı: Afyon İlinde Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 8 (1), ss. 179-191.
- Özen, Ü., Çam, H. ve Aslay, F.Y. (2011). Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde Örnek Uygulama. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*. 2 (1), ss. 25-43.
- Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 5 (3), ss. 140-147.
- Öztürk, M. (2000). *Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar*. İstanbul: MTM Yayın No: 6.
- Padma, P., Rajendran, C. ve Lokachari, P.S. (2010). Service Quality and Its Impact On Customer Satisfaction in Indian Hospitals: Perspectives Of Patients And Their Attendants. *Benchmarking: Int. J*, 17: 807-841.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. 49, pp. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1988). Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. Spring, pp.12-40.
- Pekel, A. (2008). Iso 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi. *Tbd Kamu-Bib Kamu Bilişim Platformu, Sürüm 1.0, 1. Çalışma Grubu*. http://www.tbd.org.tr/usr_img/cd/kamubib15/raporlarPDF/RP1-ISO9001-2008.pdf. Son erişim tarihi: 09.11.2015.

- Pilgrimene, Z. ve Buciuniene, I. (2008). Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible?. *Economics of Engineering Decisions*. 1 (156), pp. 104-110.
- Pilgrimiene, Z., Rutelione, A. (2013). Dual Sides of Health Care Service Quality: What is Really Important for Patients?, *Economics and Management*, 2013, 18 (1), ISSN 2029-9338 (ONLINE).
- Powers, T. L. ve Bendall, L. D. (2003). The Satisfaction Score. *Marketing Health Services*. 23 (3), pp. 28-32.
- Putnam, Samuel M., William B. Stiles, Mary Casey Jacob and Sherman A. James (1985) Patient Exposition and Physician Explanation in Initial Medical Interviews and Outcomes of Clinic Visits, *Medical Care* Vol. 23, No. 1 (Jan., 1985), pp. 74-83.
- Reidenbach, R. E. ve Beverly, S. S. (1990). Exploring Perceptions of Hospital Operations by A Modified SERVQUAL Approach, *Journal of Health Care Marketing*. 10 (4), ss. 47-56.
- Roderick, M. (1994). Grade Retention and School Dropout: Investigating the Association. *American Educational Research Journal*. 31, pp. 729-759.
- Rust, R.T. ve Oliver, R. L. (1994). *Service Quality: Insights and Managerial Implications From the Frontier*. Sage London. pp. 1-19.
- Sargeant, A. ve West, D. C. (2001). Customer Retention - Building Customer Loyalty. *Direct & Interactive Marketing*. 177-214.
- Sarp, N. and Özdoğan, E. (2001) Özel Bir Hastane İçin Yapılan İmaj Araştırması (Keçiören Hastanesi), 4.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı, 227. Aktaran: Derin N. ve Demirel, E. T. (2011). Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Ünü ile Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki ilişkinin incelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 21 (2), ss. 208-235.
- Sasser, W. E., Olsen, P. ve Wyckoff, D. D. (1978). *Designing the Service Firm Organization*. In: *Management of Service Operations*. Allyn & Bacon, Boston, MA.
- Satsanguan, L., Fongsuwan , W., Trimetsoontorn, J. (2015). Structural Equation Modelling of Service Quality and Corporate Image that Affect Customer

Satisfaction in Private Nursing Homes in the Bangkok Metropolitan Region, *Research Journal of Business Management* 9 (1): 68-87.

- Saydan, R. (2010). Müşteri Memnuniyeti (Ya Memnun Et Ya Da Terk Et), Kitap Bölümü, Varinli, İnci., Çatı, Kahraman. (2010). Güncel Pazarlama Yaklaşımlarından Seçmeler, Detay Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara.
- Schroeder, R.G. (1993). *Operations Management: Decision Making in The Operations Function*. New York: Mcgraw-Hill.
- Schwartz, M. H. (1992). What Do The Words “Product” And “Services” Really Mean For Management? *Quality Progress*. June, pp. 35-39.
- Sharma, N., Patterson, Paul G. (1999). The İmpact of Communication Effectiveness and Service Quality on Relationship Commitment in Consumer, Professional Services, *Journal of Services Marketing*, Vol. 13 Iss 2 pp. 151 – 170.
- Skinner, S. J. (1990). *Marketing*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Songur, A. (2009). Hizmet İşletmelerinde Pazar Yönlülük ve Türk Bankacılık Sektörü İşletme Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Isparta İl Merkezinde Bir Uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Isparta.
- Söylet, Y. ve Mengü S. Ç. (2011). Doktorlara Yönelik İzlenim ve Tutum Oluşumunun; Yazılı Basında Doktorlara Yönelik Oluşturulan Söylem Bağlamında İrdelenmesi. *İstanbul üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. ss. 101-122.
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Swan, J. E. ve Combs. L. J. (1976). Product Performance and Customer Satisfaction: A New Concept. *Journal of Marketing*. April.
- Şimşek, M. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi*. 4. Basım. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Tarım, M. (2000). Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, Prof. Dr. Nusret Ekin’e Armağan, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını No:38, Ankara.
- Taylor, S. A. ve Cronin, J. J. (1994). Modelling Patient Satisfaction and Service Quality. *Journal of Health Care Marketing*. 14 (1), pp. 34-44.

- Tek, Ö. B. (1997). *Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları*. Geliştirilmiş 7. Baskı. İzmir: Cem Ofset Matbaacılık Sanayi A.Ş.
- Tengilimoğlu, D, Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 3. Baskı. Ankara: Nobel Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 4. Baskı. Ankara: Nobel Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. (2001). Hasta Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. Sayı:1, ss. 85-97.
- Thomas, R. K. (2003). Treating Patients Like Customers. *Marketing Health Services*. 23 (2), pp. 38-43.
- Tınmaz, Ş. G. (2008). Acil Servislere Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı. Ankara.
- Tolunguç, A. (2000). Turizm Tanıtım ve Reklam, MediaCat Kitapları, Ankara.
- Tucker, J.L., ve Adams, S.R. (2001) Incorporating Patients' Assessments Of Satisfaction And Quality: An İntegrative Model Of Patients' Evaluations Of Their Care, *Manag. Serv. Q.*, 11: 272-287.
- Üner, M. M. (1994). Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir Mi?. *Pazarlama Dünyası*. 8 (43), ss.3-10.
- Varinli, İ., Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Hakkındaki İlişki-Kayser’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17 (2), ss. 33-52.
- Varinli, İ., İlkay, M. S. ve Erdem, O. (2001). *Erciyes Üniversitesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerinin Ölçümü*. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını N:66. Kayseri.
- Waitzkin, H. ve Britt, T. (1989). Changing the Structure of Medical Discourse: İmplications of Cross-National Comparisons. *Journal of Health and Social Behavior*. 30, pp. 436-449.

- Walliman, N. (2006). *Social Research Methods*. Sage Publications, Great Britain.
- Walker, L. ve Harrison, J. (2002). Examination of the Factorial Structure of Service Quality: A Multi Firm Analysis. *The Service Industries Journal*. 22 (2), pp. 59-72.
- William S., Weinman J. ve Dale, J. (1998). Doctor-patient Communication and Patient Satisfaction: A Review, *Family Practice* 15, pp. 480-492.
- Wolak, R, Kalafatis, S. ve Harris, P. (1998). An Investigation into Four Characteristics of Services. *Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science*. 3 (2), pp. 22-43.
- Yağcı, M. İ. ve Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 7 (2), ss. 218-238.
- Yalçın, İ. ve Koçak, S. (2009). Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*. 2 (2), ss. 19-41.
- Yalkın, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Kalitenin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı. Ankara.
- Yaşa, E. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Adana.
- Yazıoğlu, E., Erdoğan, S. (2004). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara, Detay Yayıncılık.
- Yenice, Ö. (2015). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetiminin Evrimi (1960 SONRASI). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Ankara.
- Yurtsever, A. (2015). Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.

- Yurtsever, S. (2013). Hastanelerin Hizmet Kalitesinin Hasta Tatmin Ölçeği İle Ölçülmesi: Karabük Devlet Hastanesinde Yatan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*. 1 (1), ss. 100-126.
- Zeithaml, V, A. ve Bitner, M, J. (2003). *Service Marketing: Integrating Customer Focus across the Firm*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Zeithaml, V. A. ve Bitner M. J. (2000). *Service Marketing*. 2nd Edition. McGraw Hill, Boston.
- Zeithaml, V. A.(1981). *How Consumer Evaluation Processes Differ between Goods and Services*. reprinted in Lovelock, C. (1991). *Services Marketing*. 2nd Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Zeithaml, V. A.(1988). *Consumer Perceptions Of Price, Quality, And Value: A Means-End Model And Synthesis Of Evidence*. *The Journal Of Marketing*. Vol.52, July.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A. and Berry, L. L. (1985). Problems and Strategies in Services Marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 49, No. 2 (Spring, 1985), pp. 33-46.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L. ve Parasuraman, A. (1996). *The Behavioral Consequences of Service Quality*. *Journal of Marketing*. Vol. 60, pp. 31-46.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L. ve Parasuraman, A. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. USA: Free Pres.
- Zeithaml, V.A., Bery, L. L. ve Parasuraman, A. (1988). *Communication and Control Processes in The Delivery of Service Quality*. *Journal of Marketing*. 52, 35-48.

İnternet Kaynakları

- http://www.who.int/topics/health_services/en/. (Erişim Tarihi:27.11.2015).
- <http://who.int/mediacentre/en/> (Erişim Tarihi: 19.04.2016).
- <http://who.int/mediacentre/news/notes/2016/health-workers-triple-return/en/> (Erişim Tarihi: 19.04.2016).
- <http://www.sgk.gov.tr> (Erişim Tarihi 20.03.2016).
- http://www.investinduzce.gov.tr/content_rakamlarla-duzce?mode=2&MenuId=269 (Erişim Tarihi: 17.04.2016).
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.565d8e61794702.90464287 (Erişim Tarihi: 12.01.2015).
- <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 20.04.2016).

Ek 1: Özgeçmiş**ÖZGEÇMİŞ**

Yusuf ÖCEL, ilk ve orta öğrenimini Malatya’da tamamlamıştır. 2005 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi’nden lisans derecesini, 2010 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans derecesini almıştır. Yazar, doktora derecesini ise 2016 yılında Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı’nda tamamlamış olduğu bu tez çalışması ile almıştır. Akademik ilgi alanları içerisinde, sağlık işletmeciliği, hizmet kalitesi ve hizmet pazarlaması yer almaktadır.

