



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ VE
MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ (TOKAT DEVLET
HASTANESİNDE BİR ARAŞTIRMA

Hazırlayan
Şeyma AYALAN YÜCE
İşletme Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Prof. Dr. Kadir ARDIÇ

TOKAT – 2011

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ VE
MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ (TOKAT DEVLET
HASTANESİNDE BİR ARAŞTIRMA)

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: 26 / 07 / 2011

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan : Prof. Dr. Kadir Ardic...

Üye : Prof. Dr. Yusuf Ziya Tokat...

Üye : Yard. Doç. Dr. Yücel Koral...

Üye :

Üye :

İmzası

Kadir Ardic...

Y. Ziya Tokat...

Y. Koral...

Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun 22 / 07 / 2011 tarih ve 32/102 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Ali AÇIKEL
Enstitü Müdürü

Mühür
İmza



T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

(25.01/2001..)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

Seyma AYALAN YÜCE

İmzası



TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince yardımlarını esirgemeyen ve sonuna kadar sabır gösteren değerli danışmanım Prof. Dr. Kadir Ardıç'a teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca, yüksek lisans öğrenimim boyunca bana destek veren aileme, onlarla ilgilenmem gereken zamandan aldığım çocuklarım Eyüb Ali ve Emir Hüseyin'e ve her zaman olan yanımda olan eşime teşekkür ederim.

ÖZET

Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti kavramları son yıllarda akademik araştırmacıların ilgisini çeken önemli konular arasında yer almaktadır. Bunun nedeni hizmet sektörünün ekonomilerdeki artan önemi ve pazar paylarının giderek küçülmesiyle örgütler arasındaki yüksek rekabetin artmasıdır. İşletmeler pazar paylarını artırabilmek için rekabet avantajı kazandıracak ve müşteri sadakatini artıracak farklılıklar bulma çabasındadırlar. Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetine odaklanma işletmelerin bu anlamda kullandıkları araçlardandır.

Hizmet sektörünün bir alt kolu olan sağlık sektörü, Dünya’da ve Türkiye’de yapılan yüksek yatırımlar ve ileri teknoloji kullanımı sayesinde hızla gelişmektedir. Sağlık sektöründe sunulan hizmetin, özellikle Türkiye’de, büyük bir kısmı kamu tarafından tedarik edilmektedir. Bu nedenle sağlık sektöründeki iyileştirmeler rekabet unsurunun yanı sıra devlet politikasından da kaynaklanmaktadır. Ülkemizde hastaneler, müşterilerin (hastaların) memnuniyetini ve sadakatini artırmak amacıyla, yönetim ve hizmet süreçlerine kalite standartları koymakta ve bunu Türk Standartları Enstitüsünden ISO 9001 sertifikası olarak belgelemektedirler.

Bu çalışma, algılanan hizmet kalitesi ve müşteri (hasta) memnuniyetinin müşterilerin (hastaların) demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmada ilk olarak hizmet ve hizmet sektöründe kalite, sağlık sektörü ve sağlık sektöründe hizmet kalitesi, müşteri ve müşteri memnuniyeti kavramları üzerinde literatürde daha önce yapılmış çalışmalar incelenmiştir. Çalışmanın uygulama bölümünde ise araştırma sorusu için yapılan anket uygulamasının analiz sonuçları verilmiş ve değerlendirilmiştir. Anket uygulaması, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’nın izniyle, Tokat Devlet Hastanesi poliklinik ve servis hastalarına yapılmıştır.

ABSTRACT

The concepts of service quality and customer satisfaction have recently been among the significant subjects that attract the academic researchers. The reason for this is increasing importance of service area in economies and gradual reduction of market shares ending up with increase of high competition among organizations. In order to increase market shares organizations are struggling to find variations that will allow competition advantage and increase customer loyalty. Service quality and focusing in customer satisfaction are the concepts that the organizations use in this point.

Health sector which is a subbranch of service sector is rapidly developing in the World and Turkey thanks to high investments and use of advanced technology. The service provided in health sector especially in Turkey is mostly supplied by public. For this reason developments in health sector is due to state policy along with competition factor. In our country, hospitals set standarts for management and service process to increase customers (patients) satisfaction and loyalty and they certify this by taking ISO 9001 certificate.

This study has been carried out in order to search whether perceived service quality and customer (patient) satisfaction vary according to demographic characteristics of customer (patient). In this study firstly, service and quality in service sector, health sector and quality in health sector, and studies carried out priorly in literature about customer and customer satisfaction concepts have been studied. And in application part of the study, the analysis results of survey that was for research question have been given and evaluated. Survey application was applied to Tokat State Hospital polyclinic and service patients by courtesy of General Management of Turkish Republic Ministry of Health Care Service, Performance Management and Quality Improvement Head of Department.

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. HİZMET VE HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE	4
2.1. HİZMET KAVRAMI	6
2.1.1. Hizmetin Temel Özellikleri	7
2.1.2. Hizmeti Maldan Ayıran Özellikler	8
2.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması	10
2.2. HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE	17
2.2.1. Kalite Kavramı	17
2.2.2. Hizmet Kalitesi	19
2.2.3. Hizmet Kalitesini Ölçmede Dikkate Alınan Hizmet Faktörleri	20
2.2.4. Hizmet Kalitesi Modelleri	24
3. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ	31
3.1. SAĞLIK HİZMETLERİ	32
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	33
3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	36
3.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ	37
3.2.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	38
3.2.2. Türkiye’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	41
3.3. HASTANELER	43
3.3.1. Hastanelerin Özellikleri	44
3.3.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	47
3.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	49
3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	51
3.4.2. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi	53
3.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar.....	55
3.5. MÜŞTERİ (HASTA) VE MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ.....	57
3.4.1. Müşteri (Hasta) Memnuniyeti ve Önemi.	58
3.4.2. Müşteri Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesi İlişkisi.....	60
3.4.3. Müşteri (Hasta) Tatminini Etkileyen Faktörler	61
3.4.4. Müşteri (Hasta) Memnuniyetinin Ölçülmesi	64
4. TOKAT DEVLET HASTANESİ’NDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNE (MÜŞTERİ / HASTA MEMNUNİYETİ) YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA.....	68
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KISITLARI.....	68
4.1.1. Araştırmanın Amacı.....	68
4.1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	68
4.1.3. Araştırmanın Kısıtları.....	68
4.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	69
4.2.1. Araştırmanın Modeli.....	69
4.2.2. Veri Toplama Aracı.....	69

4.2.3. Anakütle ve Örneklem.....	70
4.2.4.Uygulama süreci.....	71
4.3. VERİLERİN ANALİZİ.....	73
4.3.1. Güvenilirlik Analizi.....	73
4.3.2. Araştırmanın Bulguları ve Değerlendirmeler.....	74
4.3.3. Araştırma Sorularıyla İlgili Bulgular.....	83
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
KAYNAKLAR	116

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Hizmet Sektöründeki Büyümenin Nedenleri	4
Tablo 2.2. Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	5
Tablo 2.3. Mal ve Hizmet Arasındaki Farklar	8
Tablo 2.4. Farklı Hizmet Sınıflandırmaları	11
Tablo 2.5. Rosander'in Hizmet Kalitesi Grupları	20
Tablo 3.1. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları	38
Tablo 3.2. Sektörlere Göre Hastane ve Hastane Yatağı Sayısı, Türkiye	42
Tablo 4.1. Poliklinik ve Servis Hastalarına Uygulanacak Anket Sayısı	71
Tablo 4.2. Poliklinik ve Servis Hastalarına Uygulanan Anket Sayısı	73
Tablo 4.3. Poliklinik ve Servis Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	74
Tablo 4.4. Poliklinik ve Servis Hastalarının Yaşa Göre Dağılımı	74
Tablo 4.5. Poliklinik ve Servis Hastalarının Öğrenime Göre Dağılımı	75
Tablo 4.6. Poliklinik ve Servis Hastalarının Gelire Göre Dağılımı	76
Tablo 4.7. Poliklinik ve Servis Hastalarının Mesleklere Göre Dağılımı	76
Tablo 4.8. Poliklinik ve Servis Hastalarının Memnuniyet Düzeylerine İlişkin İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları	78
Tablo 4.9. Poliklinik Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Memnuniyet Düzeylerine İlişkin İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları	81
Tablo 4.10. Servis Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Memnuniyet Düzeylerine İlişkin İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları	82
Tablo 4.11. Poliklinik Hastalarının Cinsiyet Grupları Arasında t Testi	83
Tablo 4.12. Servis Hastalarının Cinsiyet Grupları Arasında t Testi	86
Tablo 4.13. Poliklinik Hastaları için Yaş Grupları Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	88
Tablo 4.14. Poliklinik Hastaları için Yaş Grubu Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffé Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	89
Tablo 4.15. Servis Hastaları için Yaş Grupları Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	90

Tablo 4.16. Servis Hastaları için Yaş Grubu Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	91
Tablo 4.17. Poliklinik Hastaları için Öğrenim Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	92
Tablo 4.18. Poliklinik Hastaları için Öğrenim Düzeyi Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	93
Tablo 4.19 Servis Hastaları için Öğrenim Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	94
Tablo 4.20. Servis Hastaları için Öğrenim Düzeyi Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	97
Tablo 4.21. Poliklinik Hastaları için Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	99
Tablo 4.22. Servis Hastaları için Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	99
Tablo 4.23. Servis Hastaları için Gelir Düzeyi Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	101
Tablo 4.24. Poliklinik Hastaları için Meslek Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	102
Tablo 4.25. Poliklinik Hastaları için Meslek Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	104
Tablo 4.26 Servis Hastaları Meslek Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi	105
Tablo 4.27. Servis Hastaları için Meslek Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	108

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Toplam Algılanan Kalite	25
Şekil 2.2. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli	26
Şekil 3.1. Müşterinin Algıladığı Kalite ve Müşteri Tatmini	61

1. GİRİŞ

Hizmet sektörünün ekonomilerde imalat sektörünün önünde olduğu ve ülkelere daha fazla kaynak sağladığı hem literatür hem uygulama taraflarınca tüm dünyada kabul görmektedir. Hizmet sektörünün bu denli büyümesi, küçülen pazar payları ve işletmeler arasında artan rekabet hizmet sektöründe kalite ve müşteri memnuniyeti kavramlarına verilen önemi de beraberinde getirmektedir.

Hizmet sektöründe kalite ve müşteri memnuniyeti, son yıllarda işletmelere rekabet avantajı sağlamaları bakımından üzerinde son derece önemle durulan kavramlardır. Bu anlamda hem akademik olarak hem sektör içinde çeşitli çalışmalar ve araştırmalar yapılmaktadır.

Hizmet sektöründe hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin en çok önem arz ettiği alan, verilen hizmetlerin hayatî olması bakımından, sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının belirlenmesi ve uygulanması, sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı nedeniyle oldukça güçtür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde formal olarak kalite uygulamasına diğer sektörlere göre daha geç başlanmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde köklü değişiklik çalışmalarına teorik olarak 1990 yıllarında başlanmış ancak tam olarak uygulamaya 2003 yılı itibariyle geçilmiştir. Değişiklikler bir süreç içerisinde gerçekleştirilmektedir ve halen devam etmektedir. Bu değişiklikler kısaca koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet eliyle tedarik edilmesi, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün teşvik edilmesi şeklindedir. Sağlıkta dönüşüm programı başlığı altında değişiklikler yapılırken, etkili, kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunarak, anne ve bebek ölüm hızlarını azaltmak,

ortalama yaşam süresini uzatmak, hastalıklardan aşıyla korunabilmeyi sağlamak, cepten sağlık harcamasının miktarını azaltmak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmak gibi bir takım sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmeti alanların finansal risklerden korunması ve hasta memnuniyetinin sağlanması hedeflenmiştir.

Bu çerçevede kalite yönetimi çalışmalarıyla, ülkede sağlık hizmeti talep eden tüm tarafların, bu hizmeti en iyi, en uygun ve en kolay ulaşılabilir biçimde, en ideal şartlarda almalarının sağlanması amaçlanmaktadır. Bunun gerçekleşebilmesi amacıyla kurumlar çağdaş yönetim araçlarından yararlanmaktadırlar. Son birkaç yılda SSK, Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite, Vakıf ve özel sektör sağlık kuruluşlarında kalite çalışmaları başlatılmıştır. Kamuda çok sayıda hastanede ISO 9001 belgesi için çalışmalar yürütülmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hasta odaklı, hasta ve çalışanın memnuniyetini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu amaçla kalite yönetim hizmetleri yönergesi ve hizmet satın alınmasına yönelik şartnameler hazırlanmıştır. Yönerge, hizmetleri toplam kalite yönetimine dayandırmaktadır ve hastanelerdeki süreci koordine etmek ve yönetmek için mekanizmaları tanımlamaktadır. Ayrıca halen hastanelerde kalite yönetim sistemlerinin oluşturulmasına yönelik bilincin sağlanması amacıyla eğitim çalışmaları devam etmektedir.

Bu çalışma, müşterilerin (hastaların) demografik özelliklerinin, memnuniyet düzeylerinin etkileyip etkilemediğini istatistiksel olarak görebilmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma da asıl olan sunulan hizmetin kalitesinden çok müşterinin (hastanın) kendisine verilen hizmeti nasıl algıladığıdır. Ancak literatürde yapılan önceki çalışmalarda genellikle hizmetin kalitesiyle, müşterinin aldığı hizmetten memnuniyet

düzeyi birbirlerinin yerine kullanılan kavramlar olduğundan, araştırmada, öncelikle hizmet ve hizmet kalitesi kavramları üzerinde durulmuştur. Daha sonra sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri memnuniyeti kavramları üzerinde yapılan çalışmalar incelenmiştir. Uygulama bölümünde ise, Tokat Devlet Hastanesi'nde poliklinik ve servis hastalarına uygulanan anketin istatistikî sonuçlarına ve bu sonuçlar üzerindeki değerlendirmelere yer verilmiştir.

2. HİZMET VE HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE

Hizmet sektörü, 1900’lü yılların başından bu yana dünya ekonomisi içinde büyük bir paya sahip olmuş, tarım ve endüstri sektörleri, yerlerini hızla hizmet sektörlerine bırakmışlardır. ABD’de 1948 yılında işgücünün %56’sı hizmet sektöründe istihdam edilirken, gayri safi yurtiçi hasılanın %54’ü de hizmet sektöründen sağlanmaktaydı. 1991 yılına gelindiğinde bu oranlar, istihdamda %78’e, GSYİH’da %73’e çıkmıştır.(Zeithaml, Bitner, 1996: 7-9). Türkiye’de ise hizmet sektörünün GSYİH’daki payı 1999 yılında %56,2 iken 2010 yılında %65,5 olmuştur (Tengilimoğlu, 2010: 43). Sürekli değişen yaşam koşulları, artan teknoloji ve imalat sektöründe de firmaların rekabet avantajı yaratma çabaları hizmet sektörünün ekonomilerde ağırlık kazanmasına neden olmuştur. Değişen yaşam koşullarına bağlı olarak hizmet sektöründeki büyümenin nedenleri tablo 2.1’de verilmiştir.

Tablo 2.1. Hizmet Sektöründeki Büyümenin Nedenleri

1	Zenginlikteki artış.	Tüketicilerin daha önce kendilerinin yaptığı bahçe bakımı, halı temizleme gibi hizmetlerin dışarıdan sağlanması.
2	Daha fazla boş vakit.	Seyahat acentaları, konaklama tesisleri, yetişkin eğitim kurslarına talebin artması.
3	İşgücünde kadınların oranındaki artış.	Gündüz çocuk bakımı, temizlik, dışarıdan yemek hizmetlerine talebin artması.
4	Standartları daha yüksek hayat beklentisi.	Sağlık hizmetlerine ve ev hemşireliğine talebin artması.
5	Ürünlerin daha karmaşık olması.	Arabalar, ev bilgisayarları gibi ürünlerin bakım ve onarımı için nitelikli elemana talebin artması.
6	Hayat karmaşıklığının artması.	Muhasebeciler, evlilik danışmanları, hukuk danışmanları ve istihdam hizmetleri için talebin artması.
7	Ekoloji ve kaynakların kıtlığına daha çok önem verilmesi.	Kaynak kıtlığı nedeniyle satın almak yerine kiralamanın artması
8	Yeni ürünlerin sayısının artması.	Programlama, onarım ve zaman paylaşımı gibi bilgisayara dayalı hizmetlerin artması.

Kaynak: Öztürk, 1998: 15

Teknolojinin sürekli değişmesiyle, özellikle haberleşme ve bilgi teknolojisindeki gelişmeler, hizmet sektörünün gelişimine de büyük katkı sağlamaktadır. Firmaların

rekabet avantajı oluşturmak için ürün kadar, ürün dağıtımının hızı, esneklik, satış sonrası hizmetler ve tüketici probleminin çözülmesi gibi konulara ağırlık vermesi de yine hizmet sektörünün gelişmesinde etkilidir.

Günümüzde hizmet endüstrilerine, ekonomik gelişmenin en önemli unsuru olarak bakılmakta, özellikle, ticaret, haberleşme, ulaşım, finansman, sağlık hizmetleri, eğitim, kamu hizmetleri ve endüstriye teknik yardım gibi alanlar üzerinde durulmaktadır.(-, 2011)

Hizmet sektörü yukarıda da değinildiği gibi birbirinden çok farklı bir çok alana yayıldığından, onun faaliyet konularını kesin çizgilerle belirlemek ve tanımlamak oldukça zordur. Bu bölümde hizmet sektörüyle ilgili temel kavramlar ve hizmet sektöründe kalite kavramı üzerinde literatürde daha önce yapılmış çalışmalar incelenmektedir.

2.1. HİZMET KAVRAMI

Hizmetin tanımlarına bakarken önce tarih boyunca ne şekilde tanımlandığına göz atmak, hizmet için genel bir fikir edinilmesine yardımcı olacaktır.

Tablo 2.2. Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar	(-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetlerdir.
Adam Smith	(1753-1790)	Somut bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetlerdir.
J.B.Say	(1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen tüm imalat dışı faaliyetlerdir.
Alfred Marshall	(1842-1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri	(1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş		Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Kaynak :Cowel,1984:21; Aktaran, Tengilimoğlu, 2010: 43

Hizmet kavramı tablo 2.2'deki tanımlardan başka, günümüzde de akademik araştırmacılar tarafından çeşitli Şekillerde tanımlanmıştır. "Tanımların birbirlerinden farklılıklar göstermesi hizmetin subjektif ve zor tanımlanabilen bir kavram olmasından kaynaklanmaktadır" (Walker, 1990: 3; Aktaran, Ardıç, 1998: 13).

Hizmet, alıcılar için, hiçbir mülkiyeti doğurmayan, "temelde soyut, fayda ve tatmin sağlayan faaliyetlerden meydana gelir (Kotler ve Armstrong, 2001: 291).

"Hizmetler, Johnson, MacMillan, ve Allen'a göre, somut olmadığı halde, dokunulabilen, görülebilen, hissedilebilen Őeylerdir" (Zeithaml ve Bitner, 1996: 5).

Hizmet, en basit Şekliyle fiil, süreç ve performans olarak tanımlanabilir. Ayrıca hizmet, yalnızca hizmet sektöründe değil, imalat sektöründe de tamamlayıcı unsur işlevine sahiptir (Zeithaml ve Bitner, 1996: 5).

Collier (1990) de hizmeti, "Üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay ya da çabadır", diye tanımlamıştır (Öznlbant, 2010: 3).

"Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür" (Kuriloff vd., 1993: 247; Aktaran, Devedakan ve Aksaraylı, 2003).

"Hizmet, müşteri ile hizmeti sunan kişi veya kurumun karşılıklı olarak birbiri ile diyalog kurmasını gerektiren sosyal bir faaliyettir" (Tarım, 2009: 66).

2.1.1. Hizmetin Temel Özellikleri

Bir işletme, hizmet sunumuyla ilgili pazarlama stratejisini belirlerken, onun başlıca dört özelliğini göz önünde bulundurmalıdır (Kotler ve Armstrong, 2001: 317).

Bunlar, soyutluk (intangibility), değişkenlik (variability), ayrılmazlık (inseparability), ve dayanmazlıktır (stoklanamazlık) (perishability) (Kotler ve Armstrong, 2001: 317).

Soyutluk (Intangibility): Hizmetler satın alınmadan önce beş duyuyla hissedilemezler (Kotler ve Armstrong, 2001: 318).“Hizmet davranışlarla ortaya konulabilen bir faaliyettir ve onun fiziki bir boyutu yoktur” (Zeithaml, Parasuraman ve Berry, 1985: 33; Aktaran, Ardıç, 1998: 14).

Değişkenlik (Variability): Hizmetin kalitesi, kim tarafından, ne zaman, nerede ve nasıl üretildiğine bağlı olarak büyük farklılıklar gösterir (Kotler ve Armstrong, 2001: 318). “Hizmetlerin standartları yoktur ve birbirinden oldukça farklıdır”(Payne, 1993: 7; Aktaran, Ardıç, 1998: 14).

Ayrılmazlık (Inseparability): Hizmette çoğu zaman eşzamanlı üretim ve tüketim söz konusudur. Bu nedenle üretici ve tüketici etkileşimi yüksektir.

Dayanmazlık (Perishability): Hizmeti, satıştan veya kullanımdan sonra stoklamak mümkün değildir (Kotler ve Armstrong, 2001: 318). Hizmet sektöründe arz ve talep eşzamanlı gerçekleşir. Hizmet müşteriye sunulduğu anda tükenir. Bu nedenle stoklanamaması bir problem değildir.

2.1.2. Hizmeti Maldan Ayıran Özellikler

Tablo 2.3. Mal ve Hizmet Arasındaki Farklar

Mal	Hizmet
Dokunulabilir (Somut)	Dokunulamaz (Soyut)
Homojendir	Heterojendir
Üretimi ve dağıtımı, tüketimden ayrıdır	Üretim ve tüketim eş zamanlıdır
Stoklanabilir	Stoklanamaz
Son tüketici ile temas düşüktür	Müşteri ile temas yüksektir
Sermaye yoğunudur	İşgücü yoğunudur
Kalite ölçümü kolaydır	Kalite ölçümü zordur
Karmaşık ve birbiriyle ilişkili işlemler vardır	Basit işlemler vardır
Talep haftalık, aylık ve mevsimlidir	Talep saatlik, günlük ve haftalıktır
Faaliyet gösteren pazarlar bölgesel, ulusal ve uluslararasıdır	Faaliyet gösterilen pazarlar bölgeseldir
Sistemin yerleşimi, bölgesel, ulusal ve uluslararası pazarlarla ilişkilidir	Yerleşim yöresel tüketicilerin yerleşimine bağlıdır

Kaynak : Seyran, 2004: 19

Hizmetler Soyuttur: Hizmetler, mallar gibi tüketiciye sunulmadan önce, elle tutulabilir, hissedilebilir, görülebilir, duyulabilir şeyler değildir.

“Mallar satın alındığında, tüketici, kalitesi hakkında karar verebilmek için birçok somut ipucu (stil, renk, sertlik, etiketi, paketi vb.) kullanabilir. Hizmetler satın alındığında ise çok daha az somut ipucu vardır. Birçok durumda somut delil, hizmet vericinin; fiziksel tesisleri, teçhizatı ve personeliyle sınırlıdır.”(Parasuraman ve diğ., 1985)

Hizmetler Heterojendir: “Hizmet kalitesi, kontrol edilemeyen birçok faktöre bağlıdır” (Zeithaml ve Bitner, 1996: 19). Hizmetler, üreticiye, mekâna, zamana, nasıl üretildiklerine ve tüketicilerin tatmin düzeylerine göre, farklılıklar gösterebilir.

Hizmette Üretim ve Tüketim Eşzamanlıdır: Birçok mal önce üretilip, sonra satılıp en sonunda tüketilirken, hizmette üretim ve satış işlemi yer değiştirir. Hizmet önce satılır, sonra üretilir ve yine en son tüketilir. Ancak tüketim, somut bir üründe, farklı bir yerde ve zamanda yapılabilirken, hizmette çoğunlukla, hizmetin üretildiği yer ve zamanda gerçekleşir (Zeithaml ve Bitner, 1996: 19).

Hizmetler Stoklanamazlar: Hizmetler saklanamaz, stoklanamaz, yeniden satılamaz veya iade edilemezler (Zeithaml ve Bitner, 1996: 21). Hizmetlerde üretim ve tüketimin eş zamanlı gerçekleşmesiyle, hizmetlerin stoklanamaması birbirini tamamlayan ve birbirine neden olan iki faktördür.

Hizmetlerde Müşteri Teması Yüksek: “Hizmet üreten sistemlerde temas derecesi yüksektir. Hatta birçok durumda müşteri dönüşüm sürecinin içindedir. Öğrenci, öğrenim sürecinin içindedir. Hasta, teşhis ve tedavi sürecinin bir parçasıdır (Üreten, 2005: 24). Mal üretiminde ise müşteri çoğu zaman üretimin dışındadır ve sisteme müdahil olamaz.

Hizmetler Emek Yoğundur: Her ne kadar hizmet üretiminde teçhizat kullanılsa da mal üretimine görece daha fazla emek yoğun üretim söz konusudur.

Hizmetlerde Kalite Ölçümü Zordur: Hizmetlerin birçok nedene bağlı olarak birbirlerinden çok farklılık göstermeleri onların standartlaştırılmasını da, ölçülebilmesini de güçleştirmektedir. Mal üretiminde ise ürün için bir standart

belirlemek, istenilen sonucu elde edebilecek üretim sistemini kurmak, üretimi her aşamasında ölçebilmek, kontrol edebilmek ve hatayı ürün son kullanıcının eline geçmeden ortadan kaldırmak, çok daha mümkündür. Hizmet üretiminin ve tüketiminin neredeyse eşzamanlı olması da hizmetlerde kalite ölçümünü zorlaştırmaktadır.

Hizmet Üretim Süreci Mal Üretim Sürecine Göre Daha Basittir: Hizmet üretimi kısa zamanda, kişilere bağlı olarak yapıldığından ve mal üretimine nazaran daha az ekipman kullanıldığından, üretim süreci görece daha basittir.

Hizmetlerin Tüketim Süresi Kısaadır: Birçok malın tüketim süresi hizmetlere göre daha uzundur. Bir buzdolabı yıllarca kullanılabilirken, restoranda yenilen bir yemek yaklaşık bir saat kadar kısa bir zaman alır.

Hizmet Pazarları ve Hizmet Veren Sistemlerin Yerleşimi Bölgeseldir: Bir mal üretildikten sonra dünyanın öbür ucuna gönderilebilir. Ancak hizmet çoğunlukla üretildiği yerde tüketildiğinden, hizmet veren sistemler kuruldukları yerleşim yerindeki pazarın taleplerine göre hareket ederler. Hizmetler çoğunlukla her pazarın talebine göre farklılık gösterir. Birçok marka ürünlerini Çin, Hindistan gibi emeğin ucuz olduğu bölgelerde üretilip tüm dünyaya pazarlayabilmektedir. Ancak hizmet sektöründe franchising sistemi dahi olsa üretim, tüketicinin bulunduğu yerde gerçekleşir.

2.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetin çok farklı alanlarda ortaya çıkması ve soyut olması, sınıflandırılmasını da, tanımlanması kadar zorlaştırmaktadır. Hizmetlerin sınıflandırılması için birçok çalışma yapılmıştır. Bunlardan birkaçı tablo 2.4.'de verilmiştir.

Tablo 2.4. Farklı Hizmet Sınıflandırmaları

Yazar	Sınıflandırma
Judd (1964)	1. Tüketicinin, malı bir süreliğine kiraladığı durumlarla ilgili hizmetler 2. Malın mülkiyetinin tüketiciye ait olduğu halde, tamir ve bakımıyla ilgili hizmetler 3. Mallara bağlı olmayan tüm hizmetler
Rathmell (1974)	1. Satıcının çeşidine göre hizmetler 2. Alıcının çeşidine göre hizmetler 3. Satın alma güdülerine göre hizmetler 4. Satın alma şekline göre hizmetler 5. Düzenlenme derecesine göre hizmetler
Shostack (1977), Saaser (1978)	Herhangi bir ürün paketindeki, fiziksel malların ve soyut hizmetlerin oranına göre sınıflandırma, saf hizmet ve saf mal çok azdır.
Hill (1977)	1. İnsanları ve malları etkileyen hizmetler 2. Geçici ve kalıcı etkilerine göre hizmetler 3. Etkilerinin geri dönüşü mümkün olan veya olmayan hizmetleri 4. Fiziksel veya zihinsel etkileri olan hizmetler 5. Bireysel ya da kolektif hizmetler
Thomas (1978)	1. Makine veya teçhizata dayalı hizmetler a. Makineye dayalı hizmetler (araba yıkama) b. Vasıfsız operatörler tarafından gerçekleştirilenler (kuru temizleme) c. Vasıflı operatörler tarafından gerçekleştirilenler (havayolları) 2. İnsana dayalı hizmetler a. Vasıfsız işgücü (temizlik) b. Vasıflı işgücü (bakım tamirat) c. Profesyonel işgücü (cerrah, avukat)
Chase (1978)	Müşteriyle ilişki düzeyine göre sınıflandırma a. Yüksek ilişki (Sağlık hizmetleri) b. Düşük ilişki (Posta hizmetleri)
Grönross (1979)	1. Hizmetin türüne göre a. Profesyonel hizmetler b. Diğer hizmetler 2. Müşteri türü a. Gerçek kişiler b. Tüzel kişiler (Örgütler)
Kotler (1980)	1. İnsana ya da ekipmana dayalı hizmetler 2. Müşterinin varlığını gerektiren hizmetler 3. Kişisel yada işletme ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan hizmetler 4. Kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler (özel - kamu)
Lovelock (1980)	1. Talebin özellikleri a. Hizmet verilenin kişiler ya da nesnelere olması b. Talep arz dengesizliklerinin derecesi

Lovelock (1980) (devamı)	<ul style="list-style-type: none"> c. Müşterilerle hizmet verenler arasındaki ilişkinin sürekli veya geçici olması 2. Hizmetin içeriği ve faydaları <ul style="list-style-type: none"> a. Fiziksel ürünlerin hizmetin içinde yer alma derecesi b. Kişisel hizmetin hizmet bütünü içindeki yeri c. Tek hizmet ya da hizmet demetleri d. Faydaların zamanlaması ve süresi 3. Hizmet dağıtım usulleri <ul style="list-style-type: none"> a. Hizmetin tek bir yerde veya çeşitli yerlerde arzı b. Kapasitenin paylaşılması c. Hizmetin bağımsız ya da kollektif tüketilmesi d. Zamana ya da göreve göre tanımlanan işlemler e. Hizmetin ulaştırılması sırasında müşterinin bulunmasının zorunluluk derecesi
Schmenner (1986)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Etkileşimin veya hizmetin kişiye özel olma derecesi <ul style="list-style-type: none"> a. Daha düşük b. Daha yüksek 2. Emek yoğunluğu derecesi <ul style="list-style-type: none"> a. Daha düşük b. Daha yüksek
Vandermerve ve Chadwick (1989)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Müşteri/ üretici etkileşiminin derecesi <ul style="list-style-type: none"> a. Daha az b. Daha çok 2. Malların görelî olarak derecesi <ul style="list-style-type: none"> a. Saf hizmetler b. Mallar aracılığıyla ulaştırılan ya da mala bağılı hizmetler c. Mallara sarılı hizmetler

Kaynak: Öztürk, 1998: 30- 33

Hizmetler, tablo 2.4'dekilerden farklı şekillerde de sınıflandırılmışlardır. Pazarlanabilen, pazarlanamayan hizmetler, üretici veya tüketici hizmetleri, yapılarına göre hizmetler, müşteriyle ilişki türüne göre hizmetler, birçok sınıflandırmadan bazılarıdır.(Öztürk, 1998: 23-29)

Pazarlanabilen, Pazarlanamayan Hizmetler: Ticari amaçla sunulan hizmetler pazarlanabilirken, kamu hizmetleri ya da evde ev halkının birbirine verdiği hizmetler pazarlanamayan hizmetler grubuna girer. Ancak dünyada teknolojik ve ekonomik

şartların değişmesi bu hizmetler içinde kesin bir ayrıma gitmeyi güçleştirmektedir. Otoyolların, ücretsiz olarak kullanılırken, ücretli olması gibi.

Üretici veya Tüketici Hizmetleri: Sunulan hizmetin üretici tarafından veya son kullanıcı tarafından tüketilmesine ilişkin bir sınıflandırmadır. Bir çamaşırhanedeki çamaşır makinelerinin bakım ve onarımı üretici hizmetleri sınıfına girerken, bireyin evinde kullandığı çamaşır makinesinin bakım ve onarımı tüketici hizmetleri sınıfına girer. Bu sınıflandırmada hizmetin kime verildiği önemlidir.

Yapılarına Göre Hizmetler: Hizmetin soyut ya da somut oluşu ve kişi ya da nesnelere sunulmasına göre yapılan bir sınıflandırmadır. Somut ve kişiler için hizmetler; sağlık hizmeti, kuaför, restoran, yolcu taşımacılığı gibi hizmetlerdir. Somut ve nesnelere için hizmetler; yük taşımacılığı, kuru temizleme, bahçe bakımı gibi hizmetlerdir. Soyut ve kişiler için hizmetler; tiyatro, eğitim, rehberlik hizmetleri gibi hizmetlerdir. Soyut ve nesnelere için hizmet; bankacılık, sigortacılık, muhasebecilik gibi hizmetlerdir (Lovelock, 52; Aktaran, Öztürk, 1998: 25).

Müşteriyle İlişki Türüne Göre Hizmetler: Aşağıda maddeler halinde verilen hizmet sınıflandırması yüksek ilişkiden, düşük ilişkiye doğru sıralanmıştır. Bu sınıflandırma tablo 2.4'de de bahsi geçen Chase'e (1978) aittir (Lovelock, 1983; Aktaran, Ardıç, 1998: 15-16).

- Saf hizmetler; sağlık merkezleri, oteller, kamu taşımacılığı, restoranlar, okullar ve kişisel hizmetler.
- Karma hizmetler; bankalar, bilgisayar şirketleri, emlak ofisleri, postaneler.
- Yarı imalat; bankalar, bilgisayar şirketleri, hükümet idaresi, postaneler.

– Üretim; fabrikalarda üretilen dayanıklı mallar, madencilik şirketleri, kimya fabrikaları.

Hizmetler, ticarete konu oluş biçimlerine göre de sınıflandırılmışlardır. Bunlardan biri, Birleşmiş Milletler tarafından tespit edilen ve üye ülkelerin bilgilerine sunulan, hizmet sektörlerini ve temel alt sektörlerini belirleyen sınıflandırmadır ve aşağıdaki gibidir.(Ekinci, 2008: 53-55)

– Mesleki Hizmetler: Uzmanlık gerektiren hizmetler, bilgisayar ile ilgili hizmetler, Ar-Ge hizmetleri, emlak komisyonculuğu hizmetleri, kiralama hizmetleri ve diğer mesleki hizmetler.

– Haberleşme Hizmetleri: Posta hizmetleri, kurye hizmetleri, telekomünikasyon hizmetleri, görme işitme ilgili hizmetler ve diğer haberleşme ile ilgili hizmetler.

– Müteahhitlik ve Mühendislik Hizmetleri: Binalar için genel müteahhitlik hizmetleri, inşaat mühendisliği için genel müteahhitlik hizmetleri, tesisat ve montaj hizmetleri, bina tamamlama hizmetleri ve diğer müteahhitlik ve mühendislik hizmetleri

– Dağıtım Hizmetleri: Komisyonculuk hizmetleri, toptan ticaret hizmetleri, perakende ticaret hizmetleri, franchising hizmetleri ve diğer dağıtım hizmetleri.

– Eğitim Hizmetleri: İlköğretim hizmetleri, orta öğretim hizmetleri, yüksek öğretim hizmetleri, yetişkin eğitimi hizmetleri, diğer eğitim hizmetleri.

– Çevre Hizmetleri: Kanalizasyon hizmetleri, çöplerin toplanması, sağlıkla ilgili çevre hizmetleri ve diğer çevre hizmetleridir.

- Mali Hizmetler: Tüm sigortacılık ve sigortacılığa bağlı hizmetler, bankacılık ve diğer mali hizmetlerdir.
- Sağlıkla İlgili ve Sosyal Hizmetler: Hastane hizmetleri, diğer insan sağlığı hizmetleri, sosyal hizmetler, diğer sağlıkla ilgili ve sosyal hizmetler.
- Turizm ve Seyahat ile İlgili Hizmetler: Otel ve lokanta hizmetleri, seyahat acenteliği ve tur operatörlüğü hizmetleri, turist rehberliği hizmetleri ve diğer turizm ve seyahat ile ilgili hizmetler.
- Eğlence, Kültür ve Spor Hizmetleri: Eğlence hizmetleri, haber ajansı hizmetleri, kütüphane arşiv diğer kültür ile ilgili hizmetler, sportif ve rekreasyonel hizmetler, diğer eğlence, kültür ve spor hizmetleri.
- Ulaştırma Hizmetleri: Deniz taşımacılığı hizmetleri, iç su yolları taşımacılığı hizmetleri, havayolu taşımacılığı hizmetleri, uzay taşımacılığı hizmetleri, demiryolu taşımacılığı hizmetleri, karayolu taşımacılığı hizmetleri, boru hattı taşımacılığı hizmetleri, tüm taşımacılık sektörlerine yönelik yardımcı hizmetler ve diğer taşımacılık hizmetleri.
- Başka yerlere dahil edilmemiş diğer hizmetler.

Son olarak Avrupa Komisyonu'nun Türkiye ile "hizmetlerin serbest dolaşımı müzakerelerine ilişkin olarak hazırladığı bir taslak raporda, hizmet sektörleri şu şekilde sıralanmıştır: (Taşkesenlioğlu, 2010: 10)

- Mesleki hizmetler,

- Sağlık hizmetleri (doktorlar, eczacılar, hemşireler, veterinerler, ilaç ureten fabrikaların direktuşleri, uzel hastanelerin direktuşleri, dişçiler, gzlukuiler, laboratuvar hizmetleri ile uğraşan eczacılar ve veterinerler),
- Hukuk hizmetleri (noterler, Türk mahkemelerinde görev yapan avukatlar, mali müşavirler ve yeminli mali müşavirler),
- Turizm hizmetleri (rehberler, seyahat acentelerinin direktuşleri)
- Diğer meslekler (yöneticiler ve diğer kaliteli personel dişında serbest bölgelerde çalışan personel, kıyı ticareti ve bağlantılı faaliyetlerde bulunan personel, gazetelerin direktuşleri), Posta ve kurye hizmetleri,
- Telekomünikasyon hizmetleri,
- Grsel-işitsel hizmetler,
- İnaaat hizmetleri,
- Dağıtım hizmetleri,
- evre hizmetleri,
- Sigorta hizmetleri,
- Bankacılık hizmetleri,
- Turizm hizmetleri,
- Ulaştırma hizmetleri.

2.2.HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE

Hizmet sektörünün ekonomilerde büyük bir paya sahip olması, imalat sektöründe olduğu gibi bu sektörde de kendini gösteren yüksek rekabet, verilen hizmetlerin tüketiciyi tatmin etme açısından, en doğru şekilde sunulmasını da beraberinde getirmektedir. Hizmetlerin, daha önce de değinilen, soyutluk özelliği nedeniyle kalite standartlarını belirlemek ve kaliteli bir hizmet sunabilmek için, sistematik bir süreç oluşturmak son derece güçtür. Ancak rekabet avantajı oluşturabilmek için son derece gereklidir. Kalite, işletmelere rekabet avantajı sağlamak için kullanılan, stratejik bir yönetim aracıdır.

2.2.1. Kalite Kavramı

Plato'ya göre kalite, belirsiz bir hissiyatı açık bir düşünceye dönüştürmek şeklinde tanımlanmıştır (Taş, 2009: 25). Kalite, müşterilerin, mal ve hizmetlerden beklediklerinin karşılanması, hatta daha fazlasının verilmesi, olarak tanımlanabilir (Koçel, 2007: 287). Yönetim biliminde özellikle TKY çalışmalarında kalite, mal ya da hizmet sunulan kişilerin (müşteriler) beklentilerini karşılama düzeyidir (Yamak, 1998: 86).

Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen ve olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özellikler toplamıdır (TS-ISO 9005).

Kalite, ürün ya da hizmetin, beklenti ve ihtiyaçları karşılayabilme özelliklerinin tümüdür (Amerika Kalite Kontrol Derneği).

Kalite, ürün ya da hizmetin, müşteri beklentilerini karşılayabilme yeteneğidir (Avrupa Kalite Kontrol Birliği).

Kalite, bir ürün ya da hizmeti, en ekonomik yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir (JIS- Japon Sanayi Standartları Komitesi).

Kalite kavramı 1950'li 60'lı yıllarda Philip Crosby, Edward Demings, Armond Feigenbaum, Joseph Duran ve Kaon Ishikawa başta olmak üzere çeşitli kişiler tarafından ele alınan ve üzerinde çalışılan bir konudur. Bu tür çalışmalar, işletmelerin faaliyetlerine yön verirken, kalite kavramını, stratejik bir araç olarak kullanmalarını sağlamıştır (Koçel, 2007: 287).

Günümüzde kalite, yalnızca nihai ürün için değil, bir ürün ya da hizmet üretiminde, tedarikten, ürün ya da hizmetin müşteriye sunulduğu ana, hatta daha sonrasına kadar, üretim süreci içindeki tüm unsurlar için kullanılmaktadır. Kalite kavramını bu bakımdan en iyi anlatan tanımlardan biri aşağıda verilmiştir.

Tüketici ihtiyaç ve beklentilerinin bilinmesi, bu ihtiyaç ve beklentilere uygun tasarım yapılması, hatasız bir şekilde üretilmesi, satış işlemleriyle ilgili bileşenlerin ve alt bileşenlerin güvenilir bir şekilde sağlanması, performansın ve güvenliğin belgelendirilmesi, kullanımla ilgili bir takım özelliklerin açık bir şekilde ortaya konulması, uygun bir şekilde ambalajlama ve teslimatın zamanında yapılması, satış sonrası hizmetlerin verimli olması ve bu konuyla ilgili deneyimlerin hepsi tüketiciyi mutlu ve tatmin etmeye yeteceğinden, ürün ya da hizmet kaliteli olarak tanımlanabilir (Adshea, 1993: 212-213, Aktaran, Ardıç, 1998: 5).

2.2.2.Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesi kavramının da, hizmet kavramı ve kalite kavramı kadar tanımlanması oldukça zordur. Hizmet kalitesi nedir, sorusuna kesin ve spesifik bir cevap vermek mümkün değildir. Hizmetlerin sunumunda, müşteri, üretim sürecinin içinde olduğundan, yalnızca teknik boyutun veya neticenin değil, hizmet üretimi sürecinde ortaya çıkan tüm performansın, müşteri tarafından, kusursuz algılanması gerekir. Kusur, müşterinin beklentileriyle algıları arasındaki farktır. Hizmet kalitesini, Levis ve Booms 1983'te sunulan hizmetin seviyesinin müşteri beklentileriyle ne kadar örtüştüğünün ölçüsü olarak tanımlamışlardır (Parasuraman ve diğ., 1985: 42).

Benzer bir şekilde, şekilde Zeithaml ve Bitner'de hizmet kalitesi kavramını, müşterilerin beklentilerine göre mükemmel ve üstün hizmet sunumu olarak tanımlamışlardır (Zeithaml ve Bitner, 1996:117).

Juran hizmet kalitesini, "kullanıma uygunluk" diye tanımlarken, Crosby, "ihtiyaçlara uygunluk" olarak tanımlamıştır (Kaya, 2005: 27,28).

Müşterinin üretim süreci içinde olması nedeniyle, hizmet kalitesi büyük oranda personelin performansına bağlıdır ki personel de fiziksel bir malın girdileri kadar kolay kontrol edilemeyecek bir örgütsel kaynaktır (Zeithaml, Berry ve Parasuraman, 1988: 35; Aktaran, Öztürk, 1998: 137).

Rosander (1998), hizmet kalitesini, kendi arasında dokuz grupta ele almıştır. Bu gruplar, hata, kusur, teşhis, davranış, zaman, maliyet, önleme/koruma ve veri başlıkları altında toplanmıştır.

Tablo 2.5. Rosander'in Hizmet Kalitesi Grupları

Hatalar	Kalite, mekanizmaların performanslarını hata olmaksızın gerçekleştirmeleridir. Kalite, insanların performanslarını hata olmaksızın gerçekleştirmeleridir.
Kusurlar	Kalite, kusursuz ürünlerin satın alınmasıdır.
Teşhisler	Kalite, doğru teşhistir. Kalite, doğru önlemlerin bulunmasıdır. Kalite, sorunların ortadan kaldırılmasıdır.
Davranışlar	Kalite, nazik davranmaktır. Kalite, emniyetli ve güvenilir olmaktır. Kalite, etkili performanstır. Kalite güvenli performanstır.
Zaman	Kalite, belirlenen bir zaman programına uygunluktur. Kalite, performansı ve faaliyeti teşvik etmektir.
Maliyet	Kalite, müşterinin parasının değerini almasıdır.
Önleme	Kalite, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır. Kalite, her türlü kusurun ortadan kaldırılmasıdır.
Koruma	Kalite, güvensiz tüm hallere karşı korumadır.
Veri	Kalite, problemlerin çözümü ve keşfi için kusursuz veridir.

Kaynak: Ardıç, 1998: 23-24

2.2.3. Hizmet Kalitesini Ölçmede Dikkate Alınan Hizmet Faktörleri

Kaliteli bir hizmetin ne olduğu konusunda herkes tarafından ortak bir kanı oluşması için hizmet kalitesinin belirleyici bir takım unsurları olmalıdır. Bu unsurları belirleyebilmek için farklı yazarlarca çeşitli çalışmalar yapılmış ve bu çalışmaların neticesinde, yine birbirinden farklı hizmet kalitesini oluşturan bileşenler belirlenmiştir.

Christian Grönroos'a göre temel olarak bir hizmet kalitesinin müşteriler tarafından algılanan şekliyle ilgili iki unsuru vardır. Birincisi teknik, yani hizmetin sonucuyla ilgili kalite, ikincisi işlevsel, hizmet üretiminin süreciyle ilgili kalitedir. Örneğin bir restoranda yemeğin, müşterinin beklentileriyle ne kadar örtüştüğü teknik

kaliteyi, yemeğin nasıl servis edildiği ve çalışanların müşteriyle iletişimi işlevsel kaliteyi gösterir. Teknik kalite ve hizmet üretim sürecinin kalitesi birlikte işletmenin imajını ve toplam kalite değerini belirler (Grönroos, 1982, Aktaran, Parasuraman ve diğ. 1985).

Parasuraman, Zeithaml ve Bery'e göre, hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenleri on başlık altında toplanmıştır (Parasuraman ve diğ. 1985)

Güvenilirlik: Performansta tutarlılıktır. Bir hizmetin, müşteriye sunulduğu ilk seferde, doğru şekilde yapılması ve işletmenin, müşteriye verdiği taahhüdünü yerine getirmesidir. Doğru faturalama, kayıtları doğru tutma, hizmeti önceden belirlenen zamanda yerine getirme gibi unsurlar güvenilirlik başlığı altında toplanır.

Karşılık Vermek: İş görenlerin hizmeti sağlama konusunda hazır ve istekli oluşunu ve hizmetin zamanında olmasını içerir. Örneğin, bir evrakı hemen postaya vermek, hızlı servis yapmak, müşteriye hemen çağırmak gibi.

Yetkinlik: Hizmeti sunmak için gerekli bilgi ve beceriye sahip olma anlamına gelmektedir. Örneğin, müşteri ile ilişki kuran personelin bilgi ve becerisi, faaliyetleri destek sağlayan personelin bilgi ve becerisi, örgütün araştırma kapasitesi.

Ulaşılabilirlik: Yaklaşılabilirliği ve kolay ilişki kurulabilirliği ifade eder. Örneğin, müşterinin telefonla hizmete kolayca ulaşabilmesi, hizmeti alma için bekleme zamanının çok olmaması, iş saatlerinin uygunluğu, hizmet tesislerinin uygun yerlerde bulunması gibi.

Nezakət: Müşəriyle ilişkıde bulunan personelin kibarlığını, saygısını ve dostluğunu ifade eder. Örneğın, personelin görünüşünün temiz ve düzenli olması, müşterinin orada bulunmasına ilgi gösterilmesi gibi.

İletişim: Müşterileri anlayabilecekleri bir dilde bilgilendirmek ve onları dinlemek anlamına gelir. Firmanın dilini farklı müşteriler için farklılaştırabilmesidir. Örneğın, eğitilmiş bir müşteri için ileri düzeyde bir dil kullanırken, daha eğitimsiz bir müşteri için basit bir dil kullanmak gibi. Müşteriye hizmetin kendisini, hizmetin maliyetini açıklamayı, müşteriye çıkabilecek bir problemin halledilebileceği konusunda güvence vermeyi kapsar.

İtibar: İnanırlılığı, dürüstlüğü, müşterinin çıkarlarını kalben hissetmeyi içerir. İtibara katkıda bulunan faktörler; firma ismi, firmanın ünü, müşterilerle etkileşimde kullanılan satış teknikleridir.

Güvenlik: Tehlikeye, şüpheye ve riske maruz kalmama anlamına gelir. Fiziksel güvenliği, finansal güvenliği ve mahremiyet konularını içerir.

Müşteriyi Anlamak: Müşterinin ihtiyaçlarını anlamada çaba göstermeyi kapsar. Müşterinin spesifik ihtiyaçlarını öğrenmeyi, müşteriye bireysel ilgi göstermeyi ve düzenli müşterileri tanımayı içerir.

Fiziksel Varlıklar: Hizmetin fiziksel tarafını ifade eder. Örneğın, fiziksel tesisleri, personelin görünüşünü, hizmeti sunmak için kullanılan araç ve ekipmanı, hizmet tesisindeki diğer müşterileri içerir.

Zeithaml ve Bitner'de hizmet kalitesini ölçmede dikkate alınan faktörleri hizmet kalitesinin boyutları olarak ele almışlardır. Onlara göre araştırmacılar tarafından farklı

hizmet sektörleri için farklı hizmet kalitesinin boyutlarından söz edilse de genel olarak beş faktör üzerinde durulmaktadır. Bunlar; güvenilirlik, heveslilik, güvence, empati ve fiziksel varlıklardır. Bu boyutlar kısaca aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (Zeithaml, Bitner, 1996: 118-122).

Güvenilirlik (Reliability): İşletmelerin sunduğu hizmetle ilgili müşterilerine karşı vaatlerini yerine getirmeleri olarak tanımlanabilir. Bu vaatler hizmetin teslimi, sunum şekli, problemlerin çözülmesi ve fiyatlar hakkında olabilir.

Heveslilik (Responsiveness): İşletmelerin alışveriş sırasında müşterilerinin isteklerini yerine getirmede, sorularını yanıtlamada, şikayetlerini gidermede ve problemlerini çözmede istekli ve çabuk olmalarını ifade eder.

İtimat /Güvence (Assurance): İşletmelerin ve çalışanlarının verdikleri hizmete dair bilgi ve nezaketleriyle müşterilerinde dürüstlük ve güven uyandırma yetenekleridir. Bu faktör müşterilerin çıktıları değerlendirmedeki algılarının birbirlerinden farklı olması nedeniyle yüksek risk içermektedir.

Empati (Empathy): Her müşteri kendini özel hissetmek ister. Müşteriler alışveriş yaptıkları yerlerin onların beklentilerini, tercihlerini, gereksinimlerini biliyor olmalarını bekler ve ona göre davranılmasını ister.

Hizmet İşletmelerinin Fiziksel Varlıkları (Tangibles): İşletmelerin tesisleri, donanımları, çalışanları ve müşterileriyle iletişim araçlarıdır. Hizmet işletmelerinin fiziksel varlıkları yeni müşteriler nazarındaki imajlarını belirlemede önemlidir.

Lehtinen ve Lehtinen ise kalite bileşenlerinde üç faktörden söz etmiştir. Fiziksel kalite, işletme kalitesi ve etkileşim kalitesidir. Fiziksel kalite, teçhizat, tesis, malzeme

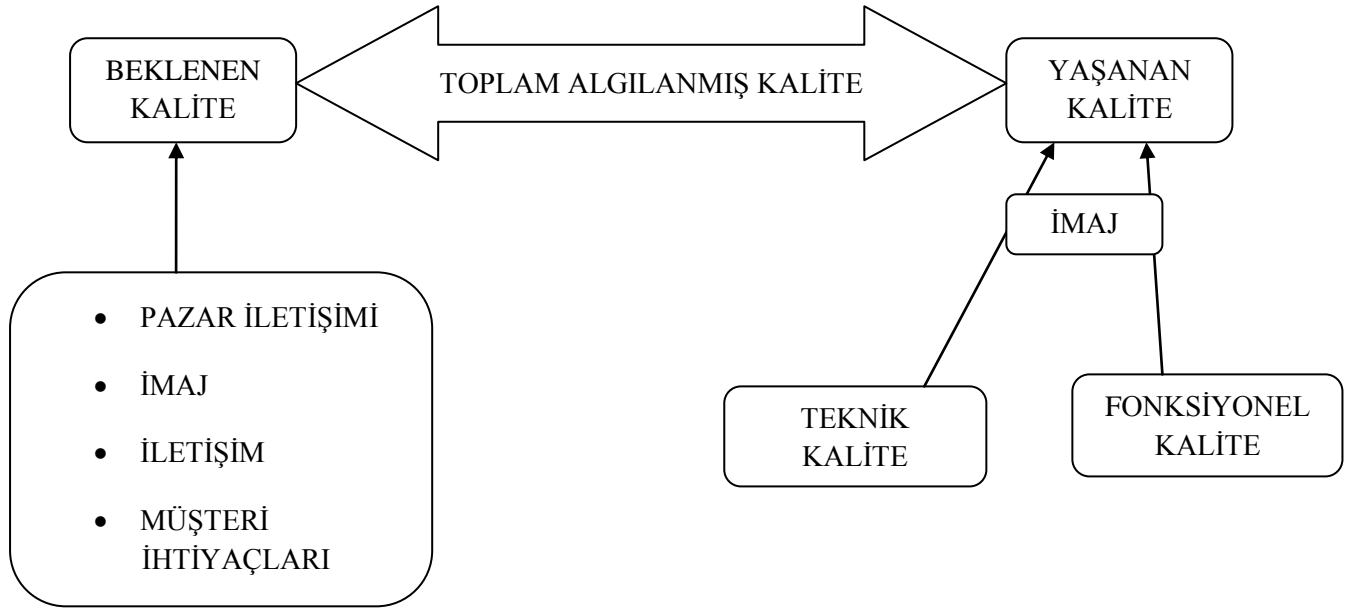
ve araçlar gibi hizmeti sunarken kullanılan ekipmanı kapsar. İşletme kalitesi, işletmenin müşteri nazarındaki imajı ve nasıl görüldüğüyle ilgilidir. Etkileşim kalitesi ise, müşteri ile işletme personeli arasındaki iletişimin, ilişkinin kalitesidir (Parasuraman ve diğ. 1985: 43).

2.2.4. Hizmet Kalitesi Modelleri

Hizmet kalitesinin işletmeler için, rekabet avantajı sağlamak açısından stratejik olarak vazgeçilemez önem arz ettiği literatürde de iş dünyasında da kabul edilmiştir. İşletmelerin kaliteli hizmet sunabilmeleri, sundukları hizmeti ölçebilmeleri ve ölçüm neticesine göre iyileştirmeler yapabilmeleri bakımından birçok çalışma yapılmıştır. Hizmet kalite modelleri yapılan çalışmaların neticesinde ortaya çıkan, bir nevi hizmet ölçüm araçlarıdır. Bu bölümde bu modellerden bir kaçına değinilecektir.

Toplam Algılanan Kalite Modeli

Grönroos'un geliştirdiği bu model hizmet alımında müşterinin beklentileri ile yaşadıklarını karşılaştıran iki boyutlu bir modeldir. Şekil 2.1'e bakıldığında modelin birinci bölümünde pazar iletişimi, imaj, kulaktan kulağa iletişim, müşteri ihtiyaçları, tüketici tarafından beklenen kalite düzeyini belirlemektedir. Modelin ikinci bölümünde ise daha önce hizmet kalitesi bileşenleri diye tanımladığımız, teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj yer almaktadır ve bunlar müşterinin hizmeti alırken yaşadığı, algıladığı kalite düzeyini belirler. Algılanan kalite ile beklenen kalite karşılaştırıldığında, müşteri beklediğinden fazlasını algılamışsa, toplam algılanan kalite düzeyi yüksektir. Beklediğini bulamamışsa toplam algılanan kalite düzeyi düşüktür.



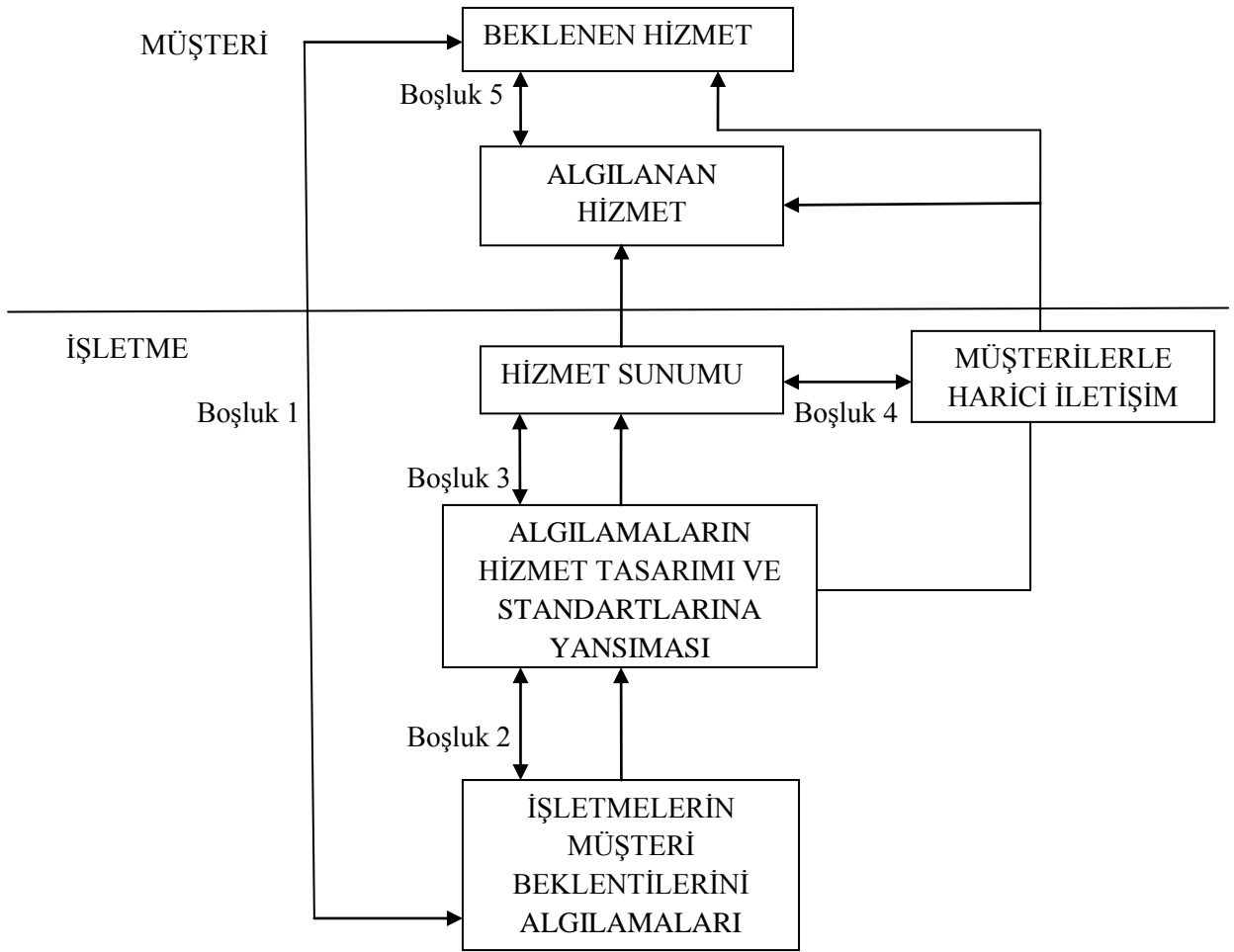
Şekil 2.1. Toplam Algılanan Kalite Modeli (Grönroos, 1990:4, Aktaran, 2004:

45)

Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen hizmet kalitesi boşluk modeli, müşterilerin beklentileriyle algıladıkları hizmet performansının karşılaştırılması sonucu oluşur. Modelde iki temel bölüm vardır. Şekil 2.2’de beklenen hizmet ve algılanan hizmetin yer aldığı üst bölüm müşterinin yer aldığı kısımdır. İkinci bölümde ise, işletmenin, müşteri beklentilerine ait algıları, bu algıların hizmet tasarımı ve standardına yansımaları, hizmet sunumu ve müşterilerle dışarıdan iletişim yer alır. Müşterilerin beklentileriyle, işletmenin bu beklentileri algılamaları arasında birinci boşluk oluşur. İşletmenin, müşterilerin beklentilerine ait algısını, hizmet tasarımı ve standardına dönüştürmesi arasında ikinci boşluk oluşur. Üçüncü boşluk ise işletmenin hizmet tasarımı ve standartlarıyla, hizmeti sunumu arasında gerçekleşir. Müşterilerle dışarıdan iletişimle, hizmet sunumu arasında dördüncü boşluk meydana gelir. Burada

işletmenin, bir takım reklam araçlarıyla müşterinin beklentilerini yükseltmesi ve buna karşın sözünü yerine getirememesi söz konusudur. Beşinci boşluk işletmeyle ilgili alanda oluşan dört boşluğun etkisiyle meydana gelir. Müşterinin beklentileriyle, hizmeti algılayışları arasındaki farktır. Bu boşluklar azaldıkça, kalite düzeyinin yükseldiğini ve müşteri memnuniyetinin arttığını söylemek mümkündür.



Şekil 2.2. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli (Zeithaml ve Bitner, 1996: 48)

Zeithaml ve Bitner'e göre, boşluklara bir takım faktörler neden olur (Zeithaml ve Bitner, 1996: 49).

Boşluk 1

- Pazar araştırmasının yetersiz olması; yetersiz pazar araştırması, araştırmanın hizmet kalitesine odaklanmaması, pazar araştırmasının yetersiz kullanılması.
- Dikey iletişim eksikliği; yönetim ve müşteriler arasındaki etkileşim eksikliği, personelle yöneticiler arasındaki iletişim yetersizliği, personelle üst yönetim arasında çok fazla kademe bulunması.
- İlişki odaklanmasının yetersizliği; pazarın bölümlenememesi, ilişkilerden çok işlere odaklanması, sürekli müşteriden çok yeni müşterilere odaklanması.

Boşluk 2

- Müşteriye yönelik standartların yokluğu; hizmet standartlarının müşteriye harekete geçirmemesi, müşterinin gereksinimlerine odaklanan bir yönetim sürecinin olmayışı, hizmet kalitesi amaçlarının belirlenmesi için sistematik bir sürecin olmayışı.
- Yetersiz hizmet liderliği; algıların uygulanabilir olmayışı, yönetimin taahhütlerinin yetersizliği.
- Hizmet tasarımının zayıf oluşu; yeni hizmet geliştirme sürecinin sistematik olmayışı, anlaşılmaz, tanımlanmamış hizmet tasarımı, hizmet tasarımının uygulamada başarısız olması.

Boşluk 3

- İnsan kaynakları politikalarındaki noksanlıklar; etkisiz personel alımı, rol belirsizliği ve rol çatışması, teknolojiye uyum sağlamada personelin zayıf kalması, değerlendirme ve tazmin sistemlerinin uygunsuzluğu, takım çalışması, kontrol ve yetkilendirmenin olmayışı.
- Arz ve talepteki uyumsuzluk; talep dalgalanmalarına uyum sağlamadaki başarısızlık, uyumsuz müşteri karması, düzenli talep için fiyatların güvenilir olmaması.
- Müşterilerin rollerini yerine getirmemeleri; müşterilerin kendi rol ve sorumlulukları konusunda bilgisiz olmaları, müşterilerin birbirlerini negatif etkilemeleri.

Boşluk 4

- Müşteri beklentilerinin etkili yönetilememesi; tüm iletişim kanallarının kullanılmasına rağmen, müşteri beklentilerinin iyi yönetilememesi, müşterilerin yeterince eğitilememesi.
- Yüksek vaatte bulunma; reklam yoluyla yüksek vaatte bulunma, kişisel satışta yüksek vaatte bulunma, fiziksel kanıtlara rağmen yüksek vaatte bulunma.
- Yetersiz yatay iletişim; satış ve operasyon arasındaki iletişim eksikliği, reklam ve operasyon arasındaki iletişim eksikliği, şube ve birimler arasında politika ve prosedür farklılıkları.

4Q Modeli

4Q modeli Gummesson tarafından 1990 yılında oluşturulmuştur. 4Q modelini oluşturan başlıklar, başlangıçta dizayn kalitesi, üretim kalitesi, dağıtım kalitesi ve ilişkilerin kalitesi şeklinde tanımlanırken daha sonra, üretim ve dağıtım kalitesi başlıkları birleştirilmiş ve çıktılarının kalitesi başlığı eklenmiştir (Seyran, 2004: 48)

Dizayn kalitesi, sunulan hizmetin, çizimlerle, belirlenen özelliklerle, iş akış şemalarıyla, planlarla ne kadar iyi dizayn edildiğinin göstergesidir. Müşterilerin beklentilerine göre sunulmak istenen hizmetle hizmetin dizaynı arasında fark olmamalıdır.

Üretim ve dağıtım kalitesi, hizmetin dizayna ne derece uygun olarak üretildiğini gösterir. Hizmet sektöründe üretim ve dağıtım genellikle eş zamanlı yapıldığından bu iki faktör aynı anda ele alınmaktadır. Üretim ve dağıtım kalitesinin düşük olması, müşteri memnuniyetsizliğine yol açar.

İlişkisel kalite, müşterilerin hizmet sunulduğu sıradaki algıladıkları kalitedir. Çalışanlarla müşteriler arasındaki iletişimi ve sunulan hizmetle ilgili malzeme ve araç gereçlerin yeterliliği faktörlerini içerir.

Çıktının kalitesi, hizmetin müşteri nazarında genel olarak uyandırdığı fikri ifade eder. Müşteri hizmet aldığı yerden memnun ayrılmışsa, yine o işletmeyi tercih edecektir.

İyi ve kötü Halkalar Modeli

1991'de Richard Norman tarafından geliştirilmiş bu model, bir hizmet işletmesindeki kalitenin, iyi ya da kötü halka içinde olup olmasına bağlı olarak

değişebileceğini gösterir. Norman'a göre bir işletmede iyi ya da kötü duruma sebep olacak bir çok durum vardır. İyi bir durum başka bir iyi durumu getirirken, kötü bir durumda başka kötü durumu beraberinde getirir. İyi ve kötü durumların kendi içlerinde birer döngü oluşturması bu modele adını vermiştir.

İşletmenin, müşteri tarafından yetersiz olarak algılanması, çalışanlarla müşteri arasındaki kötü iletişim memnuniyetsizliği de beraberinde getirir. Böylece kötü halka başlamış olur. Müşterinin sunulan hizmetten tatmin olmayışı, işletme için, müşteri kaybı, ekonomik problemler gibi kötü durumları da beraberinde getirir.

İşletme müşterilerin beklentilerini göz önünde bulundurarak iyi halkaya geçiş yapabilir. Müşteriler beklentilerinin karşılandığını hissettiklerinde memnuniyet artar. Bu durum işletme açısından diğer iyi durumların da doğmasını sağlar.

3. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ

Sağlık hizmetleri hizmet sektörü içerisinde önemli bir yere sahiptir. Dünya ekonomilerinde mal ve hizmet üretimini etkileyen faktörlerden birisi bireylerin yaşam kalitesini yükseltme çabasıdır. Sağlık sektörü de bu doğrultuda hareket ederek hem teknolojik olarak hem bilimsel bilgi anlamında hızlı bir şekilde gelişmektedir. Birçok ülkede sağlığa ayrılan kaynaklar sürekli artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre 2007'de dünyadaki sağlık harcamalarının toplamı 4.1 trilyon doların üstündedir. Tüm dünyada kişi başına yapılan ortalama sağlık harcaması ise 639 \$'dır. Dünya nüfusunun %18'ini temsil eden OECD ülkeleri sağlık kaynaklarının %80'ini tüketmektedir. Bu ülkelerde kişi başına düşen ortalama harcama 2.716 \$'dır (-, 2011). Sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki payı her ülkeye göre farklılık göstermektedir. Bu pay ABD'de %16 iken, OECD ülkelerinde ortalama %8.9'dur (Tengilimoğlu, 2011: 55). Türkiye'de ise, Sağlık Bakanlığı Yıllık İstatistiği 2010 verilerine göre, 2008 yılında %6,08'dir (-, 2011: 125). Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin artış gösterdiği sağlık sektörü, bireyleri ve toplumları etkilemesi açısından ülkelerin en duyarlı olduğu hizmet sektörüdür.

Büyük miktarda kaynak aktarımı yapılan ve sürekli gelişme kaydeden sağlık sektöründe kalite ve müşteri (hasta) memnuniyeti elbette önemlidir. Sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin karmaşık yapısı yüzünden standartların belirlenmesi ve bu standartlara göre kalite tanımının yapılması oldukça güçtür. Bu nedenle sağlık sektöründe kalite uygulamasına diğer sektörlerle nazaran daha geç başlanmıştır. Ancak bugün Dünya'da ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinde de hem kullanılan

teçhizatın kalibrasyonu, hem sunulan hizmetin akreditasyonu gerçekleştirilebilmektedir.

Araştırmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri ve Türkiye’de sağlık hizmetleri sektörünün yapısı, sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri memnuniyeti kavramlarının anlaşılması bakımından daha önce yapılmış çalışmalar incelenmektedir.

3.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

“Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür.”(Pala, 2008: 18-19; Aktaran, Tengilimoğlu ve diğ. 2009: 38)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’a göre “Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” (-, 2011).

“Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir” (Odabaşı, 2001: 25).

3.1.1.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

“Sağlık mal veya hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmaktadır”(Aktan ve Işık, 2007: 11). Sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Odabaşı, 2001: 27-29).

Sağlık Hizmetlerinin Tüketimi Rastlantısaldır: Sağlık hizmetlerine, nerede, ne zaman ve ne ölçüde ihtiyaç duyulabileceği, tam anlamıyla önceden tahmin edilebilecek bir durum değildir. Her yaş grubunun hiç beklenmedik bir zamanda sağlık hizmetine ihtiyacı olabilir. Bu nedenlerle ekonomik anlamda da sağlık hizmeti talebinin büyüklüğü kestirilemez. Sağlık hizmeti maliyetleri büyük ve belirsiz olduğundan, büyük oranda devlet tarafından sağlanır. Kişiler ve kamu belirsiz ekonomik büyüklük için sağlık sigortası sistemini kullanarak, maliyete toplu olarak katlanmak yerine, zamana yaymayı tercih ederler, böylece finansal riski de azaltmış olurlar.

Sağlık Hizmetinin İkamesi Yoktur: Sağlık hizmeti, fiyatlar yükseldiğinde, yerine başka bir hizmetin alınabileceği türden değildir. Hasta sağlığına kavuşabilmek için gereken sağlık hizmetini mutlaka almalıdır.

Sağlık Hizmeti Ertelenemez: Özellikle tedavi amaçlı verilen sağlık hizmetlerini ertelemek mümkün değildir. Zehirlenen bir hastanın vücudunu zehirden arındıracak müdahaleler en kısa zamanda yapılmalıdır, aksi takdirde bu durum, hastanın hayatına mal olabilir.

Sağlık Hizmetinin Boyutunu ve Kapsamını Hizmetten Yararlanan Değil, Hekim Belirler: Tüketiciler herhangi bir hizmet almak istediklerinde hizmet hakkında çeşitli

araştırmalar yaparak tam olarak ne istediklerini kendileri belirleyebilirler. Örneğin; bir restoranda ne yiyeceklerine, bir kuaförde nasıl bir sa modeli istediklerine kendileri karar verebilirler. Ancak sağlık hizmetinde hastanın neye ihtiyacı olduğuna hasta karar veremez. Hangi tahlilleri ve tetkikleri yaptırması gerektiğine hangi ilaçları ya da tedavi araçlarını kullanması gerektiğine, nerede (ev, hastane, rehabilitasyon merkezi gibi) tedavi göreceğine hekim karar verir.

Sağlık Hizmetleri Tüketicilerinin Davranışları İrrasyoneldir: Tüketicinin bir hizmeti veya ürünü alırken kendisi için en iyi, en doğru olanı tercih edeceği varsayılır. Ancak sağlık hizmetleri tüketimi her zaman böyle değildir. Özellikle akut ya da acil vaka olan hastalıklarda hastanın hastalıkla ilgili bilgisi son derece sınırlıdır ve bu anlamda tercih yapabilme yeteneği yoktur. Acil bir trafik kazası vakasında hasta en yakın sağlık merkezine götürölür ve merkezin hizmet kalitesi hakkında araştırma yapmak mümkün değildir.

Hizmetten Sağlanan Doyum ve Kaliteyi Önceden Belirlemek Çok Zordur: Sağlık hizmetinden sağlanacak doyum, hastanın kendisini tedaviden sonra ne kadar iyileşmiş hissettiğiyle ilgilidir. Sağlık hizmetleri, tedavinin neticesi bakımından, her insan ve her hastalık için farklı neticeler doğurabileceğinden, hastanın memnuniyet düzeyini de önceden bilmek mümkün değildir. Ancak hastanın sağlık kurumuna başvuruda bulunduğu andan itibaren başlayan tedavi süreci için bir takım hizmet standartları konularak, süreçle ilgili kalite ve doyum yükseltilebilir. Günümüzde tüm sektörlerde söz konusu olan yüksek rekabet sağlık sektöründe de kendini gösterdiğinden, bu sektör kuruluşlarının da hizmet kalitesi standartları belirlemek ve uygulamaktan başka çareleri kalmamıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Bir Bölümü Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Özelliği Taşımaktadır: Sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü kamu tarafından sağlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumdaki tüm bireyler maliyetlere katlanmakta ve sonuçlarından da yararlanmaktadır. Örneğin bir salgın hastalıkta hastaların tedavisi, sağlıklıların korunması için aşılınması veya bebeklerin iki yaşına kadar tüm aşılarının kamu tarafından yapılması, raşitizm ve demir eksikliğiyle mücadele için vitamin tedarik edilmesi gibi.

Sağlık Hizmetinin Çıktısı Paraya Çevrilemez: Sağlık hizmetleri kendilerine özgü yapılarından dolayı kâr amaçlı değil, sosyal amaçlıdır. Hastayı tedavi etmek amacıyla verilen sağlık hizmeti her zaman olumlu neticelenmeyebilir. Bu durumda tedavi için katlanılan maliyet ekonomik olarak bakıldığında zarardır. Ancak sağlık hizmetleri için katlanılan maliyet, sonucu ne olursa olsun, zarar olarak kabul edilemez.

Sağlık hizmetlerinin depolanamaması nedeniyle sağlık kuruluşu kapasitesini talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemek zorunda kalabilir. Çoğu zaman arz talep dengesi sağlanamaz.

Sağlık kuruluşları diğer hizmet kuruluşlarına göre daha fazla teknoloji ve emek yoğun kuruluşlardır.

Sağlık hizmetlerinde hata ve belirsizliklere yer yoktur. Çünkü insan hayatı söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinde her tedavi her hasta ve hastalık için aynı sonucu getirir gibi bir garanti vermek söz konusu değildir.

3.1.2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ayrı başlıkta sınıflandırılır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Hastalık ortaya çıkmadan alınan her türlü önlem ve mücadeleyi kapsar. Bu sağlık hizmetleri daha önce de değinildiği gibi kamu tarafından sağlanır. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun her ferdi için verilir. Özel faydasından çok sosyal faydası daha önemlidir (Aktan ve Işık, 2007: 14). Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki grupta ele alınır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasını içerir. Su kaynaklarının sağlanması ve denetlenmesi, katı atıkların denetlenmesi, zararlı canlılarla mücadele, hava kirliliğinin denetimi, iş sağlığı, endüstri sağlığı vb., konuları içerir.

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri, toplu hastalığa sebep olan faktörlere karşı güçlü dirençli kılmayı hedefler. Bağışıklama, erken tanı ve tedavi, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı, beslenmenin iyileştirilmesi hizmetlerinden oluşur.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetlerinden bir sonraki kademe tedavi edici sağlık hizmetlerini içerir. Daha çok kişilere özel fayda sağlar. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanı, teşhis ve tedavi edilmesi sürecini içerir. Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç başlık altında ele alınır (Tengilimoğlu ve diğ. 2009: 48).

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların evde ve ayakta teşhis ve tedavisi için sunulan sağlık hizmetleridir. Ülkemizde sağlık ocakları, muayenehaneler, poliklinikler ve sağlık merkezleri tarafından verilmektedir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yatarak tedavi edilmesi için sunulan hizmetlerdir. Ülkemizde genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri tarafından verilir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, üniversite hastaneleri gibi eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve ileri teknoloji içeren, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için sunulan sağlık hizmetleridir. Onkoloji hastaneleri, sanatoryum hastaneleri ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri üçüncü basamak tedavi hizmetleri veren sağlık kuruluşlarına örnek gösterilebilir.

Rehabilitasyon Hizmetleri: Kaza ve hastalıktan kaynaklanan veya doğuştan gelen bir takım fiziksel, ruhsal ve zihinsel bozuklukların giderilmesi ve bireylerin normal hayata adapte olup yaşamlarını idame ettirebilmeleri için verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır. Birincisi bedensel kalıcı sakatlıkların giderilmesi için verilen sağlık hizmetidir. İkincisi, sakatlık ya da özrü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için işe uyum sağlama, yeni iş bulma veya öğretim çabalarını kapsar.

3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca üretilmektedir. Daha önce de değinildiği üzere sağlık hizmetleri birinci ve ikinci

basamak sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç grupta arz edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı dışındaki tedarikçiler ise bakanlık denetimi altında hizmet sunmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerinden farklı olarak sadece devlet tarafından kamu ya arz edilmektedir.

3.2.1. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlık ocakları, Aile Sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve 112 Acil Yardım İstasyonları'nda verilmektedir. Bu kuruluşlar son dört yılda tablo 3.1'deki gibidir.

Tablo 3.1. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları

	2007	2008	2009	2010
Sağlık Ocağı	4.944	4.297	3.842	0
Aile Sağlık Merkezi	943	1.765	2.086	6.367
Ara Toplam	5.887	6.062	5.928	6.367
Toplum Sağlığı Merkezi	182	373	429	961
Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP)	227	225	222	188
Verem Savaş Dispanseri	247	243	229	198
Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)	50	84	122	122
Ara Toplam	706	925	1.002	1.469
112 Acil Yardım İstasyonu	1.264	1.308	1.317	1.375

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010

Aile Sağlık Merkezi: Birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarından en yaygın olanı tablo 3.1'den de anlaşılacağı üzere Aile Sağlık Merkezleri'dir. Bu merkezler sağlık hizmeti arzına ilk kez 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereğince, 15 Ekim 2005 tarihinde, Düzce ilinde başlamış, 13 Aralık 2010 tarihi itibari ile 81 ilde aile hekimliği uygulamasına geçildiğinden tüm sağlık ocakları kapatılmıştır.

Aile hekimi kavramı, 5258 sayılı yasada, "kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip" şeklinde tanımlanmaktadır.

Bireysel koruyucu sağlık önlemleri, ayakta tedavi ve evde bakım hizmetleri de aile hekimliği kapsamına girmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar da ise hasta, ilgili uzman hekimlere yönlendirilmektedir. Bu yönüyle koordinatör görevi de üstlenen aile hekimleri sayesinde ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda yığılmanın ve yanlış uzman hekime başvurma önüne geçilmiş olunur. Bu da bu kurumlarda verilen hizmetin daha kolay ve kaliteli olarak sağlanmasını, dolayısıyla maliyetlerin azalmasını sağlar. Aile Sağlık Merkezleri'ndeki hekim ve diğer sağlık personeli yalnızca kendilerine başvuran hastalara değil, hasta ya da sağlam, sorumlu olduğu bölgedeki hizmet alan herkese hizmet sunmakla yükümlüdür.

Toplum Sağlığı Merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları

gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşlarıdır.(-, 2011)

Toplum sağlığı merkezleri, aile hekimlerine aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığı'nın yıllık programına uygun olarak ücretsiz lojistik destekte bulunurlar.

Mevcut olan ve fiilen birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık merkezleri, AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri (VSD), kurum hekimlikleri bir araya getirilerek Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Dönüşüm Programı dahilinde olan toplum sağlığı merkezlerinin, kapsamı içine alınmaktadır. Dönüşüm programıyla, her bölgede mevcut bulunan en uygun bir veya daha fazla mekân toplum sağlığı merkezi, diğerleri ise aile hekimleri ve aile sağlığı merkezleri olarak kullanılacaktır. Toplum sağlığı merkezleri aynı zamanda eğitim ve planlama merkezleri olarak hizmet verecektir. Uygun olan mekânlarda ilçe sağlık idaresi, toplum sağlığı merkezi ve 112 ilk ve acil yardım istasyonları aynı bina bünyesinde hizmet verebilecektir.

Toplum sağlığı merkezleri, İdari ve mali işler, kayıt ve istatistik, plan ve program yapma, üniversitelerle işbirliği, izleme ve değerlendirme, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, ulusal programlar, adli tıp hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, afet hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, sağlık eğitimi

hizmetleri, toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri, sosyal hizmet çalışmaları gibi faaliyetleri yürütmekle yükümlüdürler.(- 2011)

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM): Bu merkezler faaliyetlerini devlet hastaneleri bünyelerinde gerçekleştirmektedirler. 2009 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca 81 ilde 88 KETEM kurulmuştur. Ayrıca KETEM faaliyetlerini yürütmek üzere İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığına bağlı 34 adet Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi ile toplam 122 KETEM faaliyetini sürdürmektedir. Serviks ve meme kanserleri için yürütülen taramalar çeşitli yöntemlerle (mektup, telefon..) kadınların davet edilerek gerekli muayene ve testlerin yapılması şeklinde gerçekleştirilmektedir. Tarama ve erken teşhis kapsamında yürütülen bu hizmetler kamu tarafından halka ücretsiz olarak sunulmaktadır.(-, 2011)

3.2.2. Türkiye’de İkinci ve nc Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, niversite Hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri, zel Hastaneler ve yerel idarelere ait hastanelerden oluşmaktadır. Tablo 3.2’de 2010 yılına ait sektörlere göre hastane ve yatak sayıları verilmiştir.

Tablo 3.2. Sektörlere Göre Hastane ve Hastane Yatağı Sayısı, Türkiye

	2010 Yılı Hastane Sayısı	%	2010 Yılı Yatak Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	843	58,58	119.891	59,96
Üniversite Hastaneleri	62	4,31	35.001	17,5
Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri	42	2,92	15.900	7,95
Özel Hastaneler	489	33,98	28.063	14,04
Yerel İdarelere Ait Hastaneler	3	0,21	1.095	0,55
Toplam	1439	100	199.950	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010

Tablo 3.2'ye bakıldığında en yüksek sağlık hizmetinin kamu tarafından gerçekleştirildiği izlenmektedir. Özel hastaneler hastane sayısı bakımından yaklaşık %34 oranındayken yatarak tedavi konusunda %14,04 oranında hizmet sunabilmektedirler.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri daha ziyade yatarak tedavi gören hastalara sunulmak üzere planlanmıştır. Ancak ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla görevini yerine getirebilmesi bakımından yeni yapılandırılıyor olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin de ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan alınmasına sebep olmaktadır. Yeni yapılandırılma sebebiyle halkın, birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlara yeterince güven duymaması ve alışkanlıkları, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sevk yoluyla değil doğrudan kullanılmasına, dolayısıyla da ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda gereksiz yığılmaların meydana gelmesine neden olmaktadır.

Algılanan hizmet kalitesi ve müşteri (hasta) memnuniyeti bakımından araştırmamıza konu olan Tokat Devlet Hastanesi ikinci basamak sağlık hizmeti veren

bir kuruluştur. Bu nedenle ikinci basamak sağlık kuruluşu olan hastaneler ayrı bir başlık altında ele alınmıştır.

3.3. HASTANELER

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır (Seçim, 2011).

“Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.” (TC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği).

Hastane yönetimi açısından bakıldığında, hastaneler, yalnızca tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekânlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzey, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir (Kurtulmuş, 1998: 233)

Hastanelerin hizmet verdiği dört temel faaliyeti vardır. Bunlar; tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırmadır.

Hasta ve yaralılara, ayaktan veya yatarak tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan kurumlardır. Tedavinin yanı sıra, anne çocuk sağlığı, aşılama vb. hizmetlerle toplum sağlığının iyileştirilmesinde rol alırlar. Hastalara sağlık hizmetlerinin sunulduğu süreç,

hasta ve yaralıların eğitimini, asistan eğitimini, öğrenci hemşirelerin eğitimini ve personelin hizmet içi eğitimini de içinde barındırır.

3.3.1. Hastanelerin Özellikleri

Shortell ve Kaluzny'ye göre sağlık kurumlarını diğer hizmet kurumlarından ayıran belirleyici özellikler şunlardır; (Shortel ve Kaluzny, 1997:12)

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işlerde hata ve belirsizliklere karşı çok az tolerans gösterilir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem verir.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde, yönetsel ve kurumsal denetim mekanizmasının etkisi çok azdır.
- Özellikle hastaneler olmak üzere, tüm sağlık kuruluşlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum, organize etmede, denetlemede ve rol çatışmalarını gidermede sorunlara yol açmaktadır.

Hastanelerin özellikleri, organizasyon yapılarına göre ele alındığında, şu şekilde sıralanabilir (Seçim, 1997).

Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonlarıdır: Organizasyonların varoluş nedenlerine göre yapılan sınıflandırmada, hastaneler, öncelikle müşterilerine yarar sağlamak amacı güttüğünden, birer hizmet organizasyonlarıdır, denilebilir. Kamu kuruluşu olan hastanelerinde varlığı göz önüne alındığında, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yalnızca kamu tarafından sağlanması sebebiyle, kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar kategorisinde de ele alınabilir. Ancak günümüzde tedavi hizmetleri yalnızca kamunun elinde olmadığından hizmet organizasyonları olarak ele almak daha doğru olur.

Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir: Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşık olanıdır. Hastanenin karmaşık yapıda olmasının birçok nedeni vardır.

Hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin, yani hastane çevresinin çok karmaşık olması hastanelerin organizasyon yapısına da karmaşıklştırır.

Çok sayıda farklı hastalıklardan şikâyetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizlik karmaşıklığa yol açar. Bu yüzden, herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin, acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, gerek donanım, gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir.

Hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal, karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır.

Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır. İleri teknoloji kullanımı da hastanelerin yapısının daha karmaşık olmasına neden olmuştur.

Hastaneler ve benzeri tüm sosyal sistemler, girdilerini çevreden aldıkları ve çıktılarının önemli bir kısmını yine çevreye verdikleri için, açık ve dinamik yapılar olarak ele alınmaktadırlar. Hastaneler çevredeki değişiklikleri izleyen, verdiği hizmetin çevreyi tatmin edip etmediğini kontrol eden ve bunun için geribildirim mekanizmalarını kullanan, bu şekilde çevreyle bağlantısını kesmeyen sistemler olmalıdırlar. Dolayısıyla çevreden aldığı girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek elde edilen çıktıları yine çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemler olarak hastaneler açık ve dinamik sistemlerdir.

Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır: Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır. Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir, Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinde sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerin, kendi içinde dahiliye, hariciye, göz vb. Hastalıkları şeklinde gruplandırılması ise, hizmet esasına göre gruplandırmayı ifade etmekte ve proje organizasyonuna esas oluşturmaktadır. Burada, projenin konusu belirli türde hastaların tedavi edilmesidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Uygulanan tedavi "kişiselleştirilmiş tedavi" olduğundan, her hasta hekim için bir projedir: Projenin sorumlusu ve yöneticisi de, hastanın hekimidir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise hizmetin, yürütülmesi

açısından hekime tedarik hususunda ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur.

Hastaneler Günde 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır: Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır.

3.3.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler bir takım özelliklere göre sekiz ayrı şekilde sınıflandırılabilirler. Bu sınıflandırma şekilleri aşağıdaki gibidir. (Tengilimoğlu ve diğ. 2009:138-143)

Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler: Devlete doğrudan bağlı hastaneler, devlete dolaylı olarak bağlı hastaneler ve özel hastaneler olmak üzere üç başlık altında ele alınır. Devlete doğrudan bağlı hastaneler, sağlık bakanlığı ve milli savunma bakanlığına bağlı hastanelerdir. Devlete dolaylı bağlı hastaneler, Kızılay, belediye ve üniversite hastaneleridir. Bunlar daha çok üniversite hastanelerinden oluşur. Özel hastaneler, girişimcilerin kâr amaçlı kurup işlettikleri hastanelerdir. Özel hastaneler gerçek ve tüzel kişilere, yabancılara veya azınlıklara ait olabilir.

Büyükliklerine Göre Hastaneler: Hastaneler yatak kapasitelerine (büyükliklerine) göre de sınıflandırılırlar. Bu sınıflandırma hastanelerin büyüklükleri arttıkça yeni hizmet birimlerine duyulan ihtiyaç açısından ve bunlara bağlı olarak idari kademelerin ve pozisyonların artma ihtimali yönünden önemlidir.

Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hastaneler: Kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olmak üzere ikiye ayrılır. Kısa süreli hastaneler, hastaların 30 günden az yatarak tedavi gördüğü hastanelerdir. Türkiye'deki tüm genel hastaneler ve doğumevleri bu gruptadır. Uzun süreli hastaneler ise hastaların çoğunun bir aydan fazla yatarak tedavi gördüğü hastanelerdir. Psikiyatri hastaneleri, zührevi hastalıklar hastaneleri, fizik tedavi rehabilitasyon hastaneleri uzun süreli hastanelere örnek olabilir.

Halkın Kullanımına Açık Olma Durumuna Göre Hastaneler: Toplumun geneline açık hastaneler, halka açık tüm kısa süreli hizmet veren genel kamu ve özel hastaneleri kapsar. Toplumun geneline açık olmayan hastaneler, uzun süre bakım veren hastaneleri, belirli kurumlara ait hastane birimleri (silahlı kuvvetler gibi), psikiyatri hastaneleri, tüberküloz hastaneleri, alkol ve kimyasal bağımlılara hizmet veren hastaneleri içerir.

Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler: Akreditasyon, sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanan ve kuruluşun organizasyon ve hasta odaklılığı karşılayıp karşılamadığının, müstakil ve bağımsız bir grup tarafından değerlendirildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık kuruluşları için kullanılan akreditasyon, organizasyon odaklı standartlar ve hasta odaklı standartlar olmak üzere iki gruba ayrılır. Organizasyon odaklı standartlar, sağlık kuruluşu yönetim standartları olarak tanımlanmaktadır. Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, yönetim, liderlik ve yönlendirme, tesis yönetimi ve güvenliği, çalışanların niteliği ve eğitimi, iletişim ve bilgi yönetimi olmak üzere altı kısımdan oluşmaktadır. Hasta odaklı standartlar, hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği, hasta ve yakınlarının hakları,

hastanın değerlendirilmesi, hastaların bakımı, hasta ve yakınlarının eğitimi, anestezi ve cerrahi bakım, ilaç yönetimi ve kullanımı olmak üzere yedi kısımda uygulanmaktadır.

Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler: Bu sınıflandırmada verilen sağlık hizmetinin kapsamı önemlidir. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak hastaneler olmak üzere  grupta toplanır. Bu grupların tanımlarına tedavi edici sağlık hizmetleri bölümünde değinilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre hastaneler, beş grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar, ile/belde hastaneleri, gün hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleridir. İlçe/belde hastaneleri ve gün hastaneleri birinci basamak, genel hastaneler ikinci basamak, özel dal hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri de üçüncü basamak hastanelerdir.

Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler: Genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki grupta toplanır. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut olan uzmanlık dallarıyla ilgili hastalara hizmet sunan hastanelerdir. Bu çalışmanın araştırma konusu olan Tokat Devlet Hastanesi de bu grupta yer alır. Özel dal hastaneleri ise, belirli yaş ve cinsiyete göre veya hastalık türüne göre ayrılan hastanelerdir. ocuk hastaneleri, kadın doğum hastaneleri, psikiyatri hastaneleri, tüberküloz hastaneleri ve onkoloji hastaneleri gibi hastanelerdir.

3.4. SAğLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

İnsanların daha sağlıklı ve uzun yaşama istekleri, hak ve sorumluluklarına karşı bilinçlenmeleri, insan hakları kavramının giderek her ortamda yerini bulması, bunların

yanında teknolojinin hızla yükselmesi, özel sağlık kuruluşlarının artmasıyla birlikte yüksek rekabet ortamı ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin, özellikle kâr amaçlı kurumlarda, düşürülmeye çalışılması gibi nedenlerle, kaliteli sağlık hizmeti anlayışı ortaya çıkmıştır.

Florans Nightingale 19. Yüzyılda İngiltere’de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesiyle ilgili çalışmalar yapmıştır. Bu çalışma sağlık hizmetlerinde kalite kavramının ortaya çıkışı için bir başlangıç sayılabilir. Ancak tarihçilere göre, sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihçesini Dr. Ernest Codman’la başlar (Kaya, 2005: 18). Codman’a göre, “sağduyu, her hastanenin tedavi ettiği her hastayı tedavinin başarılı olup olmadığı belirleninceye kadar izlemeyi, eğer başarılı olmamışsa, gelecekte benzer başarısızlığı önlemek için bunun nedenlerini araştırmayı gerektirir.”

ABD’de sağlık alanında iyileştirme çabaları 20.yy da başlamış, 1920’lerden 1940’lara kadar çok yavaş ilerleme kaydedilmiş ve 1951’de kalite konusunda, kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan, Joint for Accreditation of Healthcare (JCAHO) kurulmuştur (Kaya, 2005: 18).

1960’lar ve 1970’ler formal kalite güvencesinin başlangıcı olarak ele alınmaktadır. Bu tarihlerden itibaren, kalite yalnızca profesyonelleri ilgilendiren bir konu olmaktan çıkmış, maliyetleri düşürmek ve kaliteyi iyileştirmek için, hükümet ve ödeme yapan diğer üçüncü taraflar içinde önemli hale gelmiştir (Racine, 1995:18; Aktaran, Sarp, 2005: 18).

3.4.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık hizmetleri literatüründe kalitenin tek bir anlamı yoktur. Kalite kavramının çok çeşitli olayları anlatmak için kullanılan birçok tanımı bulunmaktadır (Friedman, 1995: 5; Aktaran, Kaya, 2005:3). ABD Tıp Enstitüsü tarafından yapılan bir çalışmada 100 den fazla kalite tanımı ve kaliteyi ölçmede dikkate alınacak birçok parametre grubu bulunmuştur (Lohr, 1990: 21; Aktaran, Kaya: 3).

Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi, sağlık hizmeti kalitesini, günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir, diye tanımlamıştır.

Donabedian ise sağlık hizmetinde yüksek kaliteyi, “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, varılan maksimum bir (hastada) iyileşme beklentisidir” diye tanımlamıştır (Donabedian, 1980; Aktaran, Aktürk, 2006:14).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, tamamen karşılamaktır (Ovretveit, 1998: 2; Aktaran, Kaya, 2005: 13).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, uluslararası ...ÇŞş.çişşiişlgeçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını tam olarak karşılaması, diye de tanımlanabilir (Tengilimoğlu, 2011: 316).

Donebedian (1990) sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri yedi başlık altında ele almaktadır (Kaya, 2005: 5-12; Sarp, 2007: 501; Kavuncubaşı, 2010: 456-458; Tengilimoğlu, 2011:317-318). Bu değişkenler aşağıdaki gibidir:

Etkenlik (Efficacy); mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum iyileştirmeyi ifade eder.

Etkililik (Effectiveness); hastaların sağlık durumunda gerçekteştirilen veya gerçekteştirilmesi beklenen somut gelişmeyi ifade eder. Etkenlik eldeki olanaklarla, her zaman somut bir iyileşme olmasa da, en iyisini elde etmeye çalışmaktır. Oysa etkililikte neticenin olumlu yönde olması gerekir. Bu yönüyle etkililik etkenlikten ayrılır.

Verimlilik (Efficiency); sağlıkta ulaşılabilinir iyileştirmeleri azaltmaksızın, yani etkili hizmetten vazgeçmeksizin, hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir.

Optimal Olma (Optimality); Fayda ve maliyetler arasında optimum bir dengenin sağlanması yanı sıra, hastaların, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri bakımından optimal dengenin sağlanması gözetilmesidir.

Kabul edilebilirlik; verilen hizmetin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olmasıdır.

Yasalılık; verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesidir.

Eşitlik; tüm hastalara eşit hizmet verilmesi, hastalar arasında ayrımcılık yapılmaması ve hastaların hizmetten sağladığı faydanın eşit olmasıdır.

Donabedian'ın yedi kalite özelliğine süreklilik, tam zamanında hizmet, katılım ve erişilebilirlik başlıkları da eklenebilir. Bunlar aşağıda kısaca tanımlanmıştır.

Süreklilik; hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli ve doğru şekilde tutulması ve saklanması, hasta tekrar başvurduğunda veya başka bir kuruluşa gittiğinde hastalığı hakkındaki değerlendirmenin kolayca yapılabilmesidir.

Tam zamanında hizmet sunumu; özellikle acil vakalarda hizmetin geciktirilmeden sunulması, erken teşhis ve tedavi uygulanabilmesidir.

Katılım; hasta ile işbirliği yaparak, bakım sürecine bilinçli katılımın sağlanması.

Erişilebilirlik; hastaların sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları yerde (bölgede) ve uzun süre beklemeden hizmeti alabilmeleridir.

3.4.2.Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde, toplam kalite yönetimi Türkiye'de 1990'lı yıllardan itibaren gündeme gelmiştir. Sağlık sektöründe kalite uygulamalarının başlatılmasının temel nedenleri; bireylerin satın alma gücünün artması, tedavi kurumları arasındaki rekabet, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım görme isteğinin yaygınlaşması ve kaliteli hizmet düşük maliyet çelişkisine çözüm getirerek, etkili ve verimli hizmet sunumu sağlama çabalarıdır (Çoruh, 1994: 2)

Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamaları en yalın şekliyle beş başlık altında toplanabilir. Bunlar, mevcut kalite düzeyinin ölçülmesi, kalite düzeyinin sürekli iyileştirilmesi, çalışanların katkısının sağlanması, toplumun bilinçlenmesi ve işbirliğidir.

Mevcut Kalite Düzeyinin Ölçülmesi: Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunabilmek için sağlık kuruluşlarının öncelikle mevcut durumları hakkında veriler toplaması, bu verilerin analizi sonucunda ne durumda olduğunu farkında olması gerekir. Kalitenin ölçülebilmesi için öncelikle verilen hizmetin amacının belirlenmesi, bu amaca ulaşmaya yönelik standartların oluşturulması ve standartları izlemek için kullanılacak ölçütlerin ortaya konması gerekir.

Kalite Düzeyinin Sürekli İyileştirilmesi: Sürekli iyileştirme dinamik bir süreçtir ve en basit olarak PUKO döngüsüyle anlatılabilir. Planla, uygula, kontrol et ve önlem al. Bu döngü daha açık bir şekilde, amacın ortaya konması, mevcut durumun gözden geçirilmesi, sorunun kaynağının araştırılması, sorunu ortadan kaldıracak önlemlerin alınması, sonuçların değerlendirilmesi, sonuç başarılı ise uygulamaya konulması ve yeni değişim ya da gelişim için başa dönülmesi olarak tanımlanabilir.

Çalışanların Katkısının Sağlanması: Çalışanların katkısını sağlamak üzere kullanılan en yaygın yöntem kalite çemberleridir. Sağlık kurumlarında TKY çalışmalarının başarılı olabilmesi için bu kuruluşların en önemli üyeleri olan hekimlerin katkıları mutlaka sağlanmalıdır. Bunun için sorunların çözümlerine önce hekimleri rahatsız edenlerden başlanmalıdır. Bundan başka sağlık kurumu, çalışanlarını, TKY çalışmalarına dahil edebilmek için, fiziksel çalışma koşullarının iyileştirilmesi, meslekte gelişme ve ilerlemeyi sağlayacak desteğin verilmesi, adil ücret sistemi, yetki ve sorumlulukların belirgin olması, makul çalışma temposu ve çalışmaların ödüllendirilmesi gibi bir takım beklentileri yerine getirmelidir.

Toplumun Bilinçlenmesi: Sağlık hizmetlerinde hasta hakları, etik ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi konularında, toplumun bilgilendirilmesi ve eğitilmesi

gerekmektedir. Hastalar kendilerine uygulanacak tedavi konusunda tercih yapabilme ve karar verme hakkına sahip olduklarını bilmelidirler.

İşbirliği: Sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin saptanması ve iyileştirilmesi konusunda yalnızca hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının çabaları yeterli değildir. Sağlık sektörüyle ilgili sivil toplum kuruluşlarının da bu çalışmalara katılması ve sağlık sektöründe hizmet kalitesini artırmaya yönelik devlet politikalarının belirlenmesi gerekir.

3.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar

Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamasının sağlayacağı yararlar aşağıdaki gibi aşağıdaki gibi gösterilebilir (Gökbunar ve Kayalı, 2004; Aktaran, Sarp, 2007: 505).

- Hasta ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı anlayış, Müşteri (hasta) odaklı yönetim anlayışına dönüşür.
- Kriz yönetimi anlayışı, sürekli gelişmeye dönüşür.
- Bir işten bir kişinin sorumlu tutulması yerine, ekip çalışması, toplam kalite ve sinerjik yönetim, uzlaşmaya dayalı karar verme yaklaşımları önem kazanır.
- Problemler ortaya çıktıktan sonra çözüm aramak yerine, önceden önlem alma, sıfır hatalı hizmet anlayışı benimsenir.
- Sürekli eğitime tabi tutularak personelin gelişmesi sağlanır.
- Teftişler yerini, toplam süreç kontrolleri alır. Sistem kendi kendini denetler.
- Kararlar keyfi olarak değil, TKY tekniklerini ve araçlarını kullanılarak, verilere dayanılarak verilir.

- Otorite, disiplin, emir ve talimatlara dayalı bir sistemden, yönetici ve çalışanlarla işbirliği, destek ve yardım sağlayan liderlik anlayışına geçiş sağlanır.
- Hiyerarşiden kaynaklanan biçimsel yetkiden çok profesyonel uzmanlığa önem verilir.
- Dikey örgütlenmeden yatay örgütlenme tarzına geçiş sağlanır. Sorumluluklar ekipler arasında dağıtılır.
- Kişiyeye göre, kıdem ve sicil esasına dayalı yükselme anlayışı yerine, liyakat sisteminin geçerli olduğu, işe giriş ve yükselme kriterlerinin açık ve adil olduğu bir anlayış hakim olur.
- Açık ve belirli olmayan değerler ve ilkeler, açık ve tutarlı, vizyon, misyon ve değerlere dönüşür.
- Rutin programların yerini stratejik planlama alır.
- Eşit işe eşit ücret, pozisyon ve kıdeme dayalı ücret politikaları yerine, kişinin özellikleri ve performansına dayalı ücret politikası uygulanır.
- Maaş ve fazla mesai ücreti dışında ödüllendirmenin olmadığı yönetim anlayışından, başarı ve yüksek performansın ödüllendirildiği bir anlayışa geçilir.
- Katı istihdam politikasının yerini, esnek istihdam politikası alır.
- Emir ve talimatların geçerli olduğu korku ve cezalandırmaya dayalı yönetim anlayışı, yerini yetki, devretme, güven, karşılıklı işbirliğine dayalı yönetim anlayışına bırakır.
- Astarlar üstlerinden talimat beklemek yerine, sorunların çözümünde öncelik almayı benimser ve üstleriyle işbirliği yapmaya özen gösterirler.

3.5. MÜŞTERİ (HASTA) VE MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ

Hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisi müşteridir. Kalitenin ne olduğunu büyük oranda müşterilerin beklentileri belirler. Müşteri ve hasta kavramıyla ilgili yapılmış birkaç tanım aşağıdakiler gibidir (Sarp, 2007: 507-508).

Müşteri, ikili bir ilişkide etkileşim içinde bulunan ve sorumlu olunan ikinci ve üçüncü şahıslardır.

Üretilen mal ve hizmetlerden haberi olan, potansiyel olarak o mal ve hizmetlere ulaşabilecek ve tüketebilecek tüm bireyler, ticari anlamda müşterilerdir.

Modern yönetim yaklaşımlarında, bir organizasyon içinde görev alıp çalışan bireylerin, mesleki tutum ve davranışları açısından sorumlu oldukları üç temel müşteri grubu tanımlanmaktadır. Bunlar global müşteri, dış müşteri ve iç müşteridir.

Sağlık kuruluşları açısından bakıldığında, genellikle iç ve dış müşteri kavramları üzerinde durulmaktadır.

İç Müşteri, sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi veya gurupları ifade eder.

Dış Müşteri, sağlık kurumunun temel çıktılarından (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır.

Hasta, basit olarak, “Bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu hizmeti satın alan kişidir” şeklinde tanımlanabilir. Ancak bu tanım insanları yalnızca sağlık hizmeti aldıklarında ve tükettiklerinde hasta olarak görmektedir. Bunun dışındakiler göz ardı edilmektedir.

Başka bir tanıma göre, hasta kavramı, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar olan ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı bulunan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür (Kaya,2005: 60-67).

Sağlık sektöründe, hasta kelimesi yerine, müşteri kavramı kullanılması konusunda tartışmalar vardır. Ancak, kalite ile ilgili kaynaklarda, müşteri kavramı yerleştiği için, bu çalışmada her iki kavram da kullanılmıştır.

3.4.1.Müşteri (Hasta) Memnuniyeti ve Önemi

Müşteri memnuniyeti daha önce de değinildiği gibi hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisidir. Müşterinin aldığı hizmetten memnuniyet düzeyinin yüksek olması, hizmet aldığı kuruma bağlılığını ve başkalarına da tavsiye etmesini sağlar. Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyet düzeyini, tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi müşterinin beklentileriyle algıları arasındaki fark belirler. Eğer kendilerine sunulan sağlık hizmeti konusunda algıları beklentilerinden yüksekse, memnuniyet yüksektir. Beklentileri algılarından yüksekse memnuniyet düzeyi düşüktür.

Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin, yaş, cinsiyet eğitim düzeyi, sosyal kültürel özellikleri, kişilik yapıları, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşabilir.

Müşterilerin sağlık kurumlarında aldıkları hizmete ilişkin algıları da yine müşterinin yaş, cinsiyet, eğitim, daha önceki deneyimleri, sosyal-kültürel özellikleri ve kişilik yapısına göre farklılık gösterebilir.

Sağlık kurumlarında hasta tatmininin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürülmektedir. Bunlar, insanî, ekonomik, pazarlama ve etkililik nedenleridir (Leebov ve Scott, 1994: 477, Aktaran, Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 477).

İnsanî Nedenler: Herkesin eşit, değer ve yargılarına uygun, her türlü hakkı korunarak kaliteli hizmet alma hakkı vardır.

Ekonomik Nedenler: Her ne kadar sağlık hizmetlerinin özelliklerinden birisi çıktının paraya dönüştürülememesi olsa da, günümüzde tüketicinin, her konuda daha bilgili ve farklı imkânlarla daha kolay ulaşabiliyor olması, sağlık hizmetlerinin bu özelliğini kısmen ortadan kaldırır. Hasta herhangi bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda araştırarak, en iyi sonucu alabileceğine inandığı yere yönelir. Dolayısıyla bu durum sağlık kurumlarını kaliteli hizmet vermeye zorlar. Ayrıca, giderek etkisi artan sigorta kurumları da, müşterilerinin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem verirler. Sigorta kurumları, gerekirse sağlık kurumlarına baskı yapabilmektedirler. Müşteri memnuniyeti, sağlık kurumunun müşteri ve kâr potansiyelini önemli ölçüde artırmaktadır.

Pazarlama Nedeni: Sağlık kurumları, müşteri sadakatini sağlayarak, potansiyel hasta sayısını ve pazar payını yükseltmek için hasta memnuniyetine önem vermek zorundadırlar.

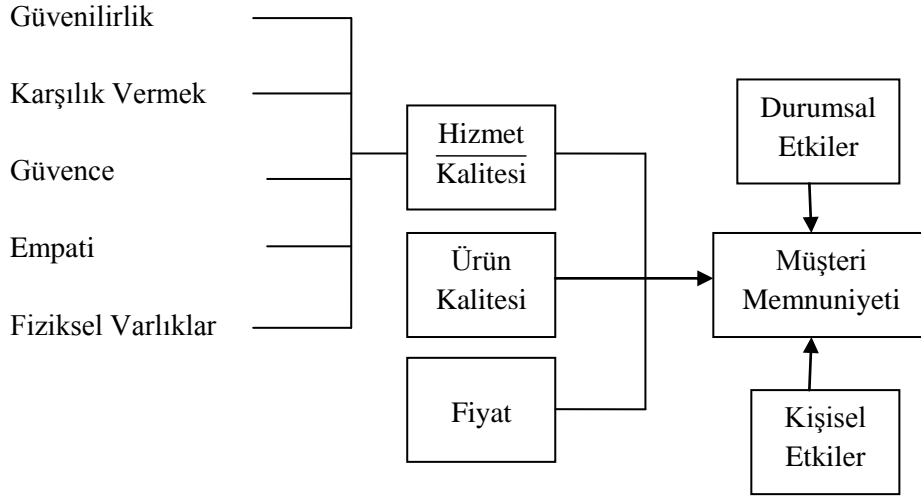
Etilik Nedeni: Memnun edilen hastaların tedaviye daha olumlu yanıt verdikleri bilinmektedir. Hizmeti sunan kuruma ve çalışanlarına güvenen ve tatmin olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar. Verilen ilaçları veya tedavi ile ilgili önerileri düzenli olarak yerine getirmektedirler.

Tengilimoğlu (2011), müşteri(hasta) memnuniyetinin önemini şu maddelerle açıklamıştır: Tatmin sağlık hizmetlerinin temel çıktısıdır, sağlık hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgi sağlar, tatmin olan ve olmayan hastalar farklı şekillerde davranırlar, hastaların tatmin olmaları maliyeleri azaltır, hasta sadakatini sağlar ve oluşturduğu güven duygusu sayesinde hastaneye başvuruyu artırır.

3.4.2. Müşteri Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesi İlişkisi

Müşteri memnuniyeti ve hizmet kalitesi kavramları işletmeciler ve yazarlar tarafından birbirlerinin yerine kullanılsalar da aynı şeyi ifade etmemektedirler. Bazı araştırmacılar müşteri memnuniyetinin, müşterinin hizmeti aldığı andaki kaliteden kaynaklandığını, hizmet kalitesinin ise işletmenin tüm müşterilerinin deneyimlerinin toplamından oluştuğunu ileri sürmektedirler (Zeithaml ve Bitner, 1996: 123).

şekil 3.1'de Zeithaml ve Bitner'in hizmet kalitesi boyutlarıyla müşteri memnuniyeti (tatmini) arasındaki ilişkiyi daha net görmek mümkündür. Hizmet kalitesi boyutları, daha önce de bahsedildiği gibi, güvenilirlik, karşılık vermek, güvence, empati ve fiziksel varlık faktörlerinden oluşmaktadır. Müşteri tatmini ise hizmet kalitesi, ürün kalitesi, fiyat, müşteriye etkileyen durumsal faktörler ve müşterinin kendisiyle ilgili faktörlerin tamamının etkisiyle ortaya çıkar (Zeithaml ve Bitner, 1996:123). Yani hizmet kalitesi müşteri memnuniyetini (tatminini) belirleyen faktörlerden yalnızca bir tanesidir.



Şekil 3.1. Müşterinin Algıladığı Kalite ve Müşteri Tatmini (Zeithaml ve Bitner, 1996)

Bitner, Booms ve Tetrault'da (1990) müşteri tatminini spesifik muamele, hizmet kalitesini ise, işletmenin global davranışı olarak ifade etmişlerdir.

3.4.3. Müşteri (Hasta) Tatminini Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalar sonucunda, hasta tatminini etkileyen çeşitli faktörler saptanmıştır. Bunlar, personel hasta etkileşimi, hasta bakım kalitesi, bilgilendirme, ulaşılabilirlik ve bulunabilirlik, beslenme hizmetleri, örgütsel ve fiziksel çevre koşulları, güven, ücret ve bürokratik işlemlerdir (Sarp, 2007: 512-514).

Personel Hasta Etkileşimi: Başta hekimler olmak üzere tüm personelin hastalara karşı tutumları hastaların memnuniyet düzeylerini etkiler. Hastaların büyük bir kısmı hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok, dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket, güler yüz ve saygı gösterme gibi davranışlarına dikkat ederler. Hekimin davranışı, hastanın tatmin olmasından başka, verilen hizmetin etkililiğini de artırır. Hasta ve hekim arasındaki olumlu ilişki, hastaların, hekimlerin önerilerine tamamen uymasını ve tedavilerine ara

vermemelerini sağlar. Yatarak tedavi gören hastaların tedavi süresi boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel gurubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşire davranışlarının hasta tatminindeki rolü son derece önemlidir. Hemşirelerin, güler yüz, nezaket ve saygılı davranışları, hasta memnuniyetini olumlu yönde etkiler.

Hasta Bakım Kalitesi: Sağlık kurumunda görevli hekimlerin, mesleki becerileri ve yeterliliği, hastaların hastanede kalış süresi, hastanenin alanında yetkin olması, tedavi sonucu oluşan kalıcı rahatsızlıklar, hastaya zamanında müdahale, ileri teknolojiye dayalı hizmet sunulması, hizmetlerin yaygınlığı, konsültasyon hizmetlerindeki hız ve acil servisin yeterliği hasta memnuniyetini etkiler.

Bilgilendirme: Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından, yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, hastanın alacağı tedavi konusunda, hekimle beraber karar vermesi, kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesini sağlamaktadır. Çünkü hastalar sağlık durumunu, rahatsızlığı ile ilgili nasıl bir tedavi sürecinden geçeceğini merak ederler. Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmelerinin hasta tatminini etkilediği yapılan birçok araştırma ile saptanmıştır. Hastaların bilgilendirilmesi konusu, ülkemizde uygulanan hasta hakları yönetmeliğinin 15-20. maddelerinde düzenlenmiştir (-2011).

Ulaşılabilirlik ve Bulunabilirlik: Sağlık kurumunun fiziksel uzaklığı, ulaşım kolaylığı, gece ve tatil günleri hizmet verebilmesi, uzman bulundurması, hastanın istediği zaman doktoru ile görüşebilmesi, bekleme süresi (muayene öncesi, teşhis ve tedavi esnasında, yatışta) memnuniyeti etkilemektedir.

Beslenme Hizmetleri: Yapılan memnuniyet araştırmalarında, sağlık kurumundan taburcu olan hastaların, en fazla hatırladıkları bölüm beslenme hizmetleridir. Hastalar

yemeğin sadece kalitesini değil, yemeği sunan kişilerden, sunulmuş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler.

Örgütsel ve Fiziksel Çevre Koşulları: Sağlık kurumlarının örgüt içi ilişkileri, çalışma ortamı, haberleşme olanağı, refakat ve ziyaret olanakları, sosyal ve kültürel etkinlikler, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, aradığı yeri kolay bulma, otopark, bekleme odaları gibi fiziksel özelliklerinin de hasta tatminini etkilediği saptanmıştır.

Güven: Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Hasta, kendisine yapılan tedavinin, doğru ve yeterli olduğunu hissetmelidir. Ayrıca, hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet, hastanın hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunmasıdır. Hasta mahremiyetinin korunması temel hasta hakkıdır.

Ücret: Özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar için ücret önemlidir. Hastalar kaliteli hizmetleri en düşük ücretle almak isterler. Hizmetlerin maliyeti ve ödeme kolaylığı önemlidir. Yüksek hastane faturaları, hastaların memnuniyetsizliğini artırmaktadır.

Bürokratik İşlemler: Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları işlemlerin sayısı ve bu resmi işlemlerin tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir

3.4.4.Müşteri (Hasta) Memnuniyetinin Ölçülmesi

Müşteri memnuniyetinin ölçülmesi müşteri odaklı kuruluşlar için zorunludur (Odabaşı, 2010: 149).

Müşteri memnuniyetini ölçmenin en güçlü ve basit yolu, verilen sağlık hizmetinin müşterilerin beklentileriyle ne derece tutarlılık gösterdiğine bakmaktır. Algılanan hizmet beklenen hizmetten daha yüksekse müşteri memnuniyeti de yüksektir. Eğer tersi söz konusu ise memnuniyet daha düşüktür. Bu durumda beklentiler azaltılarak veya algılar yükseltilerek memnuniyet düzeyi artırılabilir (Tengilimoğlu, 2011:325).

Müşteri memnuniyeti tanımlanabilmeli, ölçülebilmeli ve izlenebilir olmalıdır. Müşteri memnuniyetini iki faktör belirlemektedir. Birincisi müşterinin beklentileri, ikincisi, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Müşterilerin algılamaları, kendi özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine bağlıdır (Tengilimoğlu, 2011:326-327).

Müşteri memnuniyeti ölçümünde dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir: (Odabaşı, 2010: 151-152)

– Genel tatmin ölçümleri, sağlık hizmeti sunan kurumun, kendisini değerlendirmek üzere yaptığı ölçümlerdir. Ürünlerin ve hizmetlerin yeniden değerlendirilmesi, süreçlerin değiştirilmesi, hatta tüm şirketin yeniden yapılanması yönündeki geribildirimlere odaklanan ölçümler tercih edilmelidir.

– Ölçme konusunda çok sayıda araç kullanılabilir. Ancak bu araçların müşteri açısından ele alınıp kullanılması esastır.

- Müşterilerden gelen bilgilerin sayısal veriye dönüştürülüp değerlendirilmesi çok zor olabilir. Sayısal veriye dönüştürülsün ya da dönüştürülmesin müşterilerden gelen tüm verilerin değerlendirilmesi asıl amaç olmalıdır.
- Uygun olanın ölçülüp değerlendirilmesine özen gösterilmelidir.
- Tüm ölçümler sonucunda kabul edilebilir performans düzeyinin artırılmasına çalışılmalıdır.

Hasta tatmini ile ilgili araştırmalar, kalitatif ve kantitatif araştırmalar olarak ikiye ayrılmaktadır. Odak grup görüşmeleri, gözlem, video kayıtları kalitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme teknikleridir. Hastaların evlerinde veya hastanede yapılan anketler, posta ile gönderilen anketler, telefonla yapılan anketler ise kantitatif araştırmalarda kullanılan tekniklerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485)

Odak Grup Görüşmeleri: Sağlık kurumlarında yararlanan kişilerin deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılmaktadır. 8-12 hasta ile yarım saatten iki saate kadar önceden belirlenen başlıklar hakkında tartışan bireyler odak grup olarak adlandırılmaktadır. Odak gruplar hasta tatminini etkileyen faktörleri öğrenmek açısından etkili bir ölçüm aracıdır. Ekonomik ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir. Ancak gruptaki bireylerin birbirlerinden etkilenme olasılıkları vardır. Bu da objektif bilgi edinmeyi engeller. Görüşme yapılan ortamın fiziksel koşulları, konforu, seçilen hastaların özellikleri, grup yöneticisinin davranışları, odak grup görüşmesinin başarılı bir sonuç vermesini etkileyen faktörlerdir.

Video teyp kayıtları, gözlem ve görüşme teknikleri, hasta şikayetlerini öğrenmek için kullanılan diğer kalitatif araştırma teknikleridir.

Telefon Görüşmeleri: Sağlık kurumundan yararlanmış kişilere, telefonla ulaşılarak bilgi alınmaya çalışılır. Hızlı ve kolay uygulanan bir araştırma tekniğidir. Ancak telefon görüşme süresinin iyi ayarlanması, iyi bir konuşma metni ve iyi tasarlanmış anket formu hazırlanması gereklidir. Telefonla bilgi toplamanın başarısı, görüşmeyi yapan kişiye bağlıdır. Bu nedenle görüşmecileri önceden eğitilmesi, görüşme kuralları ve ilkelerinin belirlenmesi gereklidir. Telefon görüşmesi hasta sağlık kurumundan ayrıldıktan 3 gün sonra yapılmalıdır. Hastanın yaşadıklarını unutma olasılığına karşı bu süre 15 günü geçmemelidir.

Anket Yöntemi: Bu yöntem, hasta memnuniyeti araştırmalarında en çok kullanılan tekniktir. Daha çok kullanılmasının nedeni, kolay uygulanabilir, düşük maliyetli, geçerlilik ve güvenilirliğin kolay ölçülebilir ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olmasıdır. Anketin başarılı sonuç vermesi için geçerli ve güvenilir olması gerekir. Geçerlilik anketin ölçmek istediği şeyi ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, aynı koşullarda, aynı gruptaki hastalara uygulandığında, aynı sonuçların alınmasıdır. Anket hazırlanırken hasta tatminini etkileye hizmet boyutları belirlenmeli, bu boyutları ölçmek üzere uygun sorular hazırlanmalıdır. Sorular anlaşılır olmalı ve anket gereksiz sorularla uzatılmamalı mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır.

Anketler yüz yüze mülakat şeklinde uygulanabileceği gibi posta yoluyla da uygulanabilir. Bu uygulamaya posta araştırmaları denir. Ancak posta araştırmalarındaki anketlerin geri dönüşü olmaması ihtimali, bu yöntemin en önemli zafiyetidir. Posta yoluyla yapılacak anketlerin, yüz yüze mülakat şeklinde yapılan anketlere göre daha dikkatli oluşturulması gereklidir. Anket sorularının anlaşılır, yalın ve yoruma açık olmaması gereklidir. Anketler posta ile gönderilmeden evvel araştırmacılar tarafında

hasta telefonla aranarak anket tanıtılması anketlerin anlaşılır olması ve geri dönüş oranının artırılması bakımından yarar sağlamaktadır.

4. TOKAT DEVLET HASTANESİ'NDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNE (MÜŞTERİ / HASTA MEMNUNİYETİ) YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KISITLARI

4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma, poliklinik ve servis hastaları (ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar) tarafından algılanan hizmet kalitesini ölçmek ve hastaların demografik özellikleriyle sağlık hizmeti kalitesi arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4.1.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. H_0 = Cinsiyet gruplarına göre, hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden, memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

2. H_0 = Yaş gruplarına göre, hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden, memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

3. H_0 = Öğrenim gruplarına göre, hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden, memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

4. H_0 = Gelir gruplarına göre, hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden, memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

5. H_0 = Meslek gruplarına göre, hastaların sağlık hizmeti kalitesinden, memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

4.1.3. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırma, zaman ve maliyet kısıtları göz önüne alındığında yalnızca Tokat Devlet Hastanesi'nde belli bir zaman aralığında görüşülebilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla sınırlıdır.

4.2 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

4.2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, hizmet sektörünün bir alt dalı olan, sağlık sektöründe faaliyet gösteren, bir kamu hastanesinde, müşteri (hasta) memnuniyet düzeyini ölçmeye yönelik, tanımlayıcı bir çalışmadır. Belirli bir sağlık kuruluşunda ve bir grup hastaya uygulandığı için vaka çalışmasıdır.

4.2.2. Veri Toplama Aracı

Hasta memnuniyet düzeyini ölçmeye yönelik bu çalışmanın ölçüm aracını belirlemede daha önce yapılmış çalışmalardan ve literatür taramasından yararlanılmıştır. Ölçüm aracı oluşturulurken kullanılan ifadeler, Parasuraman, Berry ve Zeithaml'ın (1985) hizmet kalitesi boyutları temel alınarak oluşturulmuştur.

Araştırma da veri toplama aracı olarak poliklinik ve servis hastalarına uygulanmak üzere iki ayrı anket hazırlanmıştır. Her iki anket de, ayrı ayrı ikişer bölümden oluşmaktadır.

Anketlerin, birinci bölümü, demografik bilgileri tespit etmek amacıyla, hastalara yöneltilen soruları içermektedir. İkinci bölümde ise hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır. İkinci bölüm soruları 5'li Likert tipindedir. Memnuniyet düzeyini ölçmeye yönelik bu ifadelere, hastalardan, “5: Çok Memnunum”, “4:Memnunum”, “3: Ne Memnunum Ne de Memnun Değilim”, “2: Memnun Değilim”, “1: Hiç Memnun Değilim” şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir.

Anketler tüm deneklere uygulanmadan önce poliklinikte 30, serviste 45 hasta olmak üzere toplam 75 hasta üzerinde pilot uygulama yapılmış ve bu pilot uygulamadan sonra hastaların soruları sıkılmadan, anlama ve yanıtlama yeteneklerine göre yeniden düzenlenmiştir.

Pilot uygulamadan önce, poliklinik hastalarının memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik sorular, 33 ana başlık altında, 65 ifadeden oluşurken, sonra 30 ana başlık altında 45 ifadeye düşürülmüştür. Yine servis hastaları için hazırlanan ankette pilot uygulamadan, önce, sorular 37 ana başlık altında, 73 ifadeden oluşurken, sonra 34 ana başlık altında 58 ifadeye indirilmiştir. Ayrıca her iki ankette de, hastaların soruları daha kolay anlayıp yanıtlayabileceği şekilde, soruların yerleri değiştirilmiştir. Yapılan değişiklikten sonra anketin son haliyle uygulama gerçekleştirilmiştir.

4.2.3. Anakütle ve Örneklem

Araştırmada örneklem belirlenirken Tokat Devlet Hastanesi'nin 1 yıllık hasta potansiyeli ana kütle olarak ele alınmıştır. Tokat Devlet Hastanesi İstatistik Birimi'nden alınan bilgilere göre 2010 yılı ortalama poliklinik hasta sayısı (anket uygulaması yapılan bölümler toplamı için) 373.538 iken, servis hasta sayısı (anket uygulaması yapılan bölümler toplamı için) 18.824 tür. Anket uygulamasında Acil Servis, Aile Hekimliği, Yoğun Bakım, Psikiyatri gibi bazı bölümler uygulamaya dahil edilmemiştir.

Tokat Devlet Hastanesi'nde araştırmaya dahil edilen tüm poliklinikler bazında yıllık, aylık ve haftalık ortalama hasta sayısı ve her polikliniğin toplam içindeki yüzdesi göz önünde bulundurularak, hangi poliklinikte ne kadar hastaya anket uygulanması gerektiği belirlenmiştir.

Buna göre tablo 4.1'de her bölüm için poliklinik ve servis hastalarına ayrı ayrı uygulanması gereken anket sayısı verilmiştir.

Tablo 4.1. Poliklinik ve Servis Hastalarına Uygulanacak Anket Sayısı

BÖLÜM	POLİKLİNİK		SERVİS	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Dahiliye	55	14,29	63	16,63
Göz	45	11,72	18	4,84
KBB	38	9,9	20	5,4
Nöroloji	37	9,73	16	4,28
Genel Cerrahi	28	7,24	65	17,08
Fizik Tedavi	28	7,24	7	1,97
Ortopedi	24	6,16	24	6,46
Dermatoloji	21	5,34	5	1,31
Kardiyoloji	20	5,24	22	5,81
Beyin ve Sinir Cerrahisi	19	4,91	28	7,41
Göğüs Hastalıkları	16	4,12	44	11,55
Üroloji	15	3,85	17	4,6
Endokrinoloji	14	3,74	3	0,88
Kalp Damar Cerrahisi	7	1,82	7	1,72
İntaniye	5	1,4	12	3,1
Nefroloji	5	1,22	5	1,22
Plastik Cerrahisi	3	0,7	13	3,32
Gastroenteroloji	2	0,58	2	0,57
Alerji	2	0,58	2	0,63
Göğüs Cerrahisi	1	0,24	5	1,21
Toplam	384	100	378	100

Uygulanması gereken anket sayısını belirlemede, “Farklı hedef büyüklükleri ve hata düzeyleri için ihtiyaç duyulan örneklem büyüklükleri”(Baş, 2006; 47) tablosundan, yararlanılmış ve buna göre $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde ayakta tedavi gören hastalar için yaklaşık 384 yatarak tedavi gören hastalar için yaklaşık 378 anket toplamda 762 anket uygulamasına karar verilmiştir.

4.2.4.Uygulama süreci

Tokat Devlet Hastanesi’nde 20-31 Aralık 2010 tarihleri arasında ayakta ve yatarak tedavi gören hastalara uygulanan anket, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’ndan alınan izinle gerçekleştirilmiştir. Uygulamada 5 öğrenci görev almıştır. Öğrenciler uygulamadan önce anket hakkında, anketi uygulama koşulları, soruların

hastalara yöneltiliş biçimleri ve soruların anlaşılır olması açısından, sorulara ne şekilde açıklık getirecekleri konusunda, bilgilendirilmişlerdir.

Anket, yukarıda belirlenen poliklinik ve servis dağılımlarına göre ayakta poliklinik hastalarına, muayene oldukları polikliniklerin önünde muayene sıralarını beklerken, servis hastalarına ise odalarında, her iki grupta da sorular anketörler tarafından okunarak yapılmıştır. Anket yapılacak hastalar muayene oldukları bölüm dışında rassal olarak seçilmişlerdir. 15 yaş altındaki hastalarla anket yapılmamıştır.

Ayakta tedavi gören hastalara 427, yatarak tedavi gören hastalara 356 olmak üzere toplam 783 anket yapılmıştır. Polikliniklere ve servislere göre dağılımları tablo 4.2’de verilmiştir.

Polikliniklere ve servislere uygulanması hedeflenen anket sayılarıyla, uygulanan anketler arasında farklılıklar söz konusudur. Bu farklılıklar, anketin, sınırlı bir zaman dilimi içinde uygulanmasından ve polikliniklerde bazı hastalıkların yılın belirli dönemlerinde daha fazla görülmesinden kaynaklanmaktadır. Örneğin; Ortopedi servisinde 23 hasta ile görüşme hedeflenirken, anket döneminde yatan hasta sayısının az olması nedeniyle 12 hasta ile görüşülebilmiştir. Buna, servis çalışanlarının beyanlarına göre, kış mevsiminin kar yağışsız geçmesi, dolayısıyla vakalarında az görülmesi neden olmuştur.

Tablo 4.2. Poliklinik ve Servis Hastalarına Uygulanan Anket Sayısı

BÖLÜMLER	POLİKLİNİK		SERVİS	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Dahiliye	77	18,03	63	17,7
Göz	53	12,41	17	4,78
KBB	47	11,01	17	4,78
Nöroloji	29	6,79	12	3,37
Genel Cerrahi	35	8,2	71	19,94
Fizik Tedavi	27	6,32	8	2,25
Ortopedi	22	5,15	12	3,37
Dermatoloji	23	5,39	9	2,53
Kardiyoloji	22	5,15	20	5,62
Beyin ve Sinir Cerrahisi	25	5,85	27	7,58
Göğüs Hastalıkları	17	3,98	56	15,73
Üroloji	22	5,15	15	4,21
Endokrinoloji	9	2,11	4	1,12
Kalp Damar Cerrahisi	1	0,23	8	2,25
İntaniye	4	0,94	1	0,28
Nefroloji	1	0,23	1	0,28
Plastik Cerrahisi	4	0,94	13	3,65
Gastroenteroloji	7	1,64	1	0,28
Alerji	1	0,23	0	0
Göğüs Cerrahisi	1	0,23	1	0,28
Toplam	427	100	356	100

4.3. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler üzerinde, frekans analizi, bağımsız gruplar arası t testi ve one-way ANOVA testi yapılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 11.5 programı kullanılmıştır.

4.3.1. Güvenilirlik Analizi

Polikliniklerde, 45 değişkenlik müşteri memnuniyet düzeyini belirleme anketinin güvenilirliği $\alpha= 0,9534$ ' tür. Servilerde, 58 değişkenlik memnuniyet düzeyini belirleme anketinin güvenilirliği ise $\alpha= 0,9303$ 'tür. Bu analiz sonuçlarına göre müşteri memnuniyet düzeyini değerlendirme ölçeğinin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

4.3.2. Araştırmanın Bulguları ve Değerlendirmeler

Demografik Özelliklerle İlgili Bulgular

Tablo 4.3. Poliklinik ve Servis Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Poliklinik		Servis	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	223	52,2	143	40,17
Erkek	204	47,8	213	59,83
Toplam	427	100	356	100

Tablo 4.3'te poliklinik ve servis hastalarının cinsiyete göre dağılımları verilmektedir. Poliklinikte anket yapılan hastaların % 52,2'si kadın hasta iken, % 47,8'i erkek hastadır. Serviste ise anket yapılan hastaların %40,17'si kadın hasta iken, %59,83'ü erkek hastadır. Anket uygulanırken demografik bilgiler açısından eşit sayıda hastaya anket yapılmaya çalışılmış, fakat daha önce de belirtilen zaman kısıtı nedeniyle bu eşitlik sağlanamamıştır.

Tablo 4.4. Poliklinik ve Servis Hastalarının Yaşa Göre Dağılımı

Yaş	Poliklinik		Servis	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
20 Yaş ve Altı	47	11	-	-
30 Yaş ve Altı	-	-	45	12,64
21-30 Yaş	106	24,8	-	-
31-40 Yaş	107	25,1	47	13,2
41-50 Yaş	88	20,6	92	25,84
51-60 Yaş	58	13,6	59	16,57
61-70 Yaş	-	-	69	19,38
61 Yaş ve Üstü	21	4,9	-	-
71 Yaş ve Üstü	-	-	44	12,36
Toplam	427	100	356	100

Tablo 4.4'te poliklinik hastalarının büyük çoğunluğunu 21-50 yaş arası grubun oluşturduğu görülmektedir. Bu aralıktaki üç ayrı yaş grubu birbirlerine yakın oranlardadır. 61 yaş üstü %4,9'la en düşük hasta sayısı oranını göstermektedir.

Poliklinikte, kendisiyle anket yapılan 61 yaş üstü hasta grubunun sayısının az olması, bu yaşlardaki hasta potansiyelinin az olmasından değil, genellikle yatarak tedavi görmelerindedir.

Servis hastalarında ise 61-70 yaş arası %19,8 ve 71 yaş üstü %12,36, toplamda %31,74'lük oranla en büyük grubu oluşturmaktadırlar. Yani yukarıda da değinildiği üzere yatarak tedavi gören 61 yaş üstü hasta grubu, ayakta tedavi gören hasta grubuna göre oldukça fazladır. Serviste tedavi gören en küçük hasta grubunu ise, %12,64'le 30 yaş ve altı temsil etmektedir.

Tablo 4.5. Poliklinik ve Servis Hastalarının Öğrenime Göre Dağılımı

Öğrenim	Poliklinik		Servis	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Okuryazar Değil	0	0	81	22,75
Okuryazar	9	2,1	25	7,02
İlkokul	147	34,4	157	44,1
Ortaokul	60	14,1	41	11,52
Lise	111	26	26	7,3
Ön Lisans	41	9,6	11	3,09
Lisans	59	13,8	15	4,21
Toplam	427	100	356	100

Tablo 4.5'te poliklinik hastaları arasında ilkokul mezunları %34,4'lük oranla en büyük grubu oluştururken, %2,1'lik oranla okuryazarlar en küçük grubu oluşturmaktadırlar. Servis hastaları arasında ise mezuniyet bakımından % 44,10'la yine en büyük grubu ilkokul mezunları oluştururken, %4,21'le lisans mezunları en küçük grubu oluşturmaktadırlar. Poliklinik hastaları arasında 2. sırada %26 ile lise mezunları yer alırken, servis hastaları arasında 2. sırada %22,75'le okuma yazma bilmeyenler yer almaktadır.

Tablo 4.6. Poliklinik ve Servis Hastalarının Gelire Göre Dağılımı

Gelir	Poliklinik		Servis	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Düzenli geliri yok	41	9,6	131	36,8
Asgari ücret ve altı	49	11,5	47	13,2
600 TL-900 TL	107	25,1	98	27,53
901 TL- 1200 TL	60	14,1	35	9,83
1201 TL- 1500 TL	64	15	18	5,06
1501 TL- 2000 TL	59	13,8	16	4,49
2001 TL Ve Üzeri	46	10,8	10	2,81
Toplam Yanıt	426	99,8	355	99,72
Yanıtsız	1	0,2	1	0,28
Toplam	427	100	356	100

Tablo 4.6’da poliklinik hastalarında gelir dağılımına göre, %25,1’lik oranla, en büyük grubu 600TL-900TL arası gelire sahip olanlar oluşturmaktadır. Anket yapıldığı dönemde net asgari ücret tutarı 599 TL’dir. En küçük grubu ise %9,6 ile düzenli geliri olmayanlar temsil etmektedir.

Servis hastalarında gelir dağılımına göre %36,80’le en büyük grubu düzenli geliri olmayanlar temsil etmektedirler. 2001 TL’nin üstünde gelire sahip olanlar ise %2,81’le en küçük grubu oluşturmaktadırlar.

Tablo 4.7. Poliklinik ve Servis Hastalarının Mesleklere Göre Dağılımı

Meslek	Poliklinik		Servis	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Memur	52	12,2	16	4,49
İşçi	28	6,6	26	7,3
Özel Sektör	34	8	10	2,81
Ev Hanımı	133	31,1	110	30,9
Esnaf	13	3	15	4,21
Emekli	58	13,6	71	19,94
Öğrenci	67	15,7	11	3,09
Diğer	42	9,8	97	27,25
Toplam	427	100	356	100

Tablo 4.7’de poliklinik hastalarının mesleklere göre %31,1’le en büyük grubunu ev hanımları oluşturmaktadır. Bu tabloya bakıldığında kadın hastaların yarısından

fazlasının ev hanımlarından oluştuğu da görülmektedir. Mesleklere göre dağılımda ise en küçük grubu ise %3'le esnaflar oluşturmaktadırlar.

Servis hastalarının da %30,90'la en büyük grubunu ev hanımları oluşturmaktadır. En küçük grubu ise %2,81'le özel sektör çalışanları temsil etmektedir. Bu tabloya bakıldığında da yine serviste yatan kadın hastaların çok büyük bir kısmı ev hanımıdır. Ayrıca yukarıdaki mesleklerden hiçbirine uymayanlar diğer seçeneğini işaretlemişlerdir. Diğer seçeneğinin büyük bir çoğunluğu ise çiftçilerden oluşmaktadır. Dolayısıyla serviste yatan hastalarla ilgili gelir tablosundaki düzenli gelire sahip olmayanlarla, meslekler tablosundaki diğer seçeneğinin birbirine paralel artması bu durumla açıklanabilir.

Müşteri (Hasta) Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.8'de poliklinik ve servis hastalarının memnuniyet düzeyini değerlendirmeye yönelik ifadelerine verdikleri genel puan ortalamaları yer almaktadır. Bu tabloya göre poliklinik hastalarının ifadelerine verdikleri toplam puan ortalaması 3,52'dir. En yüksek puan ortalaması olan 4,40 "Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması" ifadesine verilmiştir. En düşük puan ortalamaları ise 2,89 "Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları", 2,97 "Muayene için bekleme süresi", 2,98 "Otoparkın ihtiyacı karşılıyor olması" ifadelerine verilmiştir. "Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları" ve "Otoparkın ihtiyacı karşılıyor olması" ifadelerinden memnuniyetin düşük olması anket uygulaması yapılan hastanenin, uygulama yapıldığı dönemde, henüz 6 aydır faaliyet gösteriyor olması, kantin ve otopark gibi bir takım fiziksel eksiklerini tamamlayamamasından kaynaklanmaktadır. Yine "Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması"(4,28),

“Hastanenin imajı ve başarısı” (4,19) ve “Hastanenin temizliği”(4,08) gibi ifadelere yüksek puan verilmesi hastanenin yeni yapı olmasıyla ilgilidir.

Tablo 4.8. Poliklinik ve Servis Hastalarının Memnuniyet Düzeylerine İlişkin İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları

	İFADELER	Poliklinik		Servis	
		N	Ort.	N	Ort.
1	Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	427	3,95	356	4,44
2	Hastane personelinin yerinde bulunması	426	3,87	354	4,45
3	Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi	426	3,84	355	4,44
4	Hasta şikâyetlerinin yapılabileceği bir birim bulunması	288	3,73	187	3,3
5	Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi	340	3,31	320	3,93
6	Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarken istekli ve anlaşılır olması	427	3,79	355	4,47
7	Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması	424	3,85	352	4,39
8	Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması	426	4,4	355	4,56
9	Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	420	3,09	352	4,16
10	Muayene için bekleme süresi	422	2,97	348	3,79
11	Hastaya muayene edilmesi için ayrılan süre	422	3,39	348	4,19
12	Uzman hekimlerin hasta muayene saatleri	418	3,28	337	3,85
13	Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği	422	3,95	349	4,6
14	Doktorların hasta takibi yapabilme yeteneği ve imkânları	407	3,72	342	4,35
15	Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı	411	3,82	343	4,32
16	İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği	407	3,57	343	4,09
17	Hastaların/hasta yakınlarının hastalık hakkında hekim tarafından yeterince bilgilendiriliyor olması	414	3,62	352	4,35
18	Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması	392	3,68	308	4,29
19	Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarınızın (enjeksiyon, tansiyon, vb.) zamanında karşılanması	-	-	343	4,37
20	Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı	410	3,79	329	4,39
21	Ameliyat sonrası bakım hizmetleri	-	-	130	4,53
22	Hastane temizliği	426	4,08	355	4,71
23	Hastanede verilen yemekler	-	-	334	2,87
24	Hastanenin refakatçi hizmetleri	-	-	305	3,83
25	Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları	421	2,89	349	2,96
26	Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması	421	4,28	353	4,63
27	Hastanenin havalandırma sistemi	422	3,88	352	4,51
28	Hastaneye ulaşımın kolay olması	421	3,74	354	4,04
29	Otoparkın ihtiyacı karşılıyor olması	363	2,98	198	3,2
30	Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	423	3,9	333	3,98
31	Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması	405	3,64	347	4,1
32	Hastanenin fiyatları	412	3,01	319	3,66
33	Hastanenin güvenliği	411	3,9	352	4,21
34	Hastanenin imajı ve başarısı	426	4,19	338	4,6
35	İfadeler Toplamı	427	3,52	356	3,83

Servis hastalarının memnuniyet düzeyini değerlendirmeye yönelik ifadelere verdikleri toplam puan ortalaması ise 3,83'tür. En yüksek puan ortalaması 4,71'le "Hastanenin temizliği" ifadesine aittir. Poliklinik hastalarına benzer bir şekilde, "Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması" (4,63), "Hastanenin imajı ve başarısı" (4,60), "Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği" (4,60) ve "Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması" (4,56) ifadeleri, yüksek puan alan ilk beş ifadeyi oluşturmaktadırlar. "Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları" (2,96), "Hastanede verilen yemekler" (2,87) ifadelerine en düşük puan ortalamaları verilmiştir. Memnun olunan ve memnun olunmayan ifadeler poliklinik ve servis hastalarında benzerlik göstermektedirler.

Tablo 4.9 ve tablo 4.10'da Poliklinik ve servis hastalarının demografik özelliklerine göre memnuniyet düzeylerine ilişkin ifadeler verdikleri puan ortalamaları yer almaktadır. Bu tablolara bakıldığında her demografik grubun, her ifade için verdiği puan ortalaması birbirlerinden farklılık göstermektedir. Tablolarda, memnuniyet düzeylerine ilişkin ifadeler kısaca S1, S2, S3,.. şeklinde tanımlanmıştır. Buna göre S1 yani "Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması" ifadesine bakıldığında hem poliklinik hastaları için hem servis hastaları için kadınların memnuniyet düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yine her iki tarafta da yaş ilerledikçe memnuniyet düzeyi artmaktadır. Özellikle servis hastalarında öğrenim ve gelir düzeyinin yükselmesiyle memnuniyet düzeyi azalmaktadır. Mesleklere göre bakıldığında memnuniyet düzeyi en düşük grup her ikisinde de öğrencilerken, en yüksek grup polikliniklerde emekliler, serviste diğer grubundaki mesleklerdir. Servis hastalarında diğer meslek grubu içinde genellikle çiftçiler yer almaktadır. Bu bakımdan dikkat çekicidir. S4 "Hasta şikâyetlerinin yapılabileceği bir birim bulunması" ifadesi

için en düşük memnuniyet düzeyi servis hastalarında (tablo 4.10) özel sektör ve diğer meslek gruplarına aittir. Bu meslek gruplarının tüm ifadeler için verdikleri puan ortalamaları 3 ila 5 puan arasında değişmekte iken bu ifadeye ortalamada 2,63 ve 2,90 vermişlerdir. Tüm ifadelerin toplamlarının ortalamalarına da bakıldığında bu grupların memnuniyet düzeyleri oldukça yüksekken, hasta şikâyetlerinin yapılabileceği birimden memnun kalmamaları ilginçtir.

Poliklinikte ve serviste genellikle kadın hastaların memnuniyet düzeyleri erkeklere göre daha yüksektir. “Hastanenin fiyatları” (Tablo 4.9’da S28, Tablo 4.10’da S32) ifadesinde kadınların memnuniyet düzeyi erkeklere göre daha düşüktür. Kendisiyle anket yapılan kadın hastaların çoğunlukla ilkokul mezunu ve ev hanımı olduğu göz önüne alınırsa, bu da başka dikkat çekici bir noktadır. Zaten öğrenim düzeyi ve meslek gruplarına da bakıldığında diğerlerine görece ilkokul mezunlarının ve ev hanımlarının bu ifadeye verdikleri puanların düşük olduğu görülmektedir.

Poliklinikte 61 yaş üstünün, serviste 71 yaş üstünün, ifadelere verdikleri puanların toplamlarının ortalamalarına bakıldığında, memnuniyet düzeyi en yüksek yaş grupları oldukları görülmektedir. Öğrenim gruplarında ise lisans mezunlarının toplamda memnuniyet düzeyi en düşük grup olduğu izlenmektedir.

Daha önce de değinildiği üzere her demografik grubun her ifade için memnuniyet düzeyi birbirlerinden farklıdır. Ancak bunun istatistiksel olarak bir anlam ifade edip etmediği, bir sonraki bölümde, bağımsız gruplar arası t testi ve one-way ANOVA testiyle elde edilen bulgulardan anlaşılacaktır.

Tablo 4.9. Poliklinik Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Memnuniyet Düzeylerine İlişkin İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	TOPLAM
TOPLAM	3,95	3,87	3,84	3,73	3,31	3,79	3,85	4,40	3,09	2,97	3,39	3,28	3,95	3,72	3,82	3,57	3,62	3,68	3,79	4,08	2,89	4,28	3,88	3,74	2,98	3,90	3,64	3,01	3,90	4,19	3,52
KADIN	3,98	4,04	3,87	3,73	3,21	3,81	3,94	4,51	3,01	2,99	3,40	3,32	3,98	3,92	3,88	3,73	3,59	3,51	3,85	3,92	2,94	4,28	3,72	3,68	3,03	3,97	3,74	2,66	3,94	4,20	3,49
ERKEK	3,91	3,69	3,81	3,74	3,41	3,77	3,74	4,28	3,18	2,96	3,37	3,23	3,92	3,50	3,75	3,41	3,66	3,84	3,73	4,26	2,85	4,28	4,05	3,80	2,91	3,83	3,53	3,38	3,85	4,18	3,57
20 YAŞ VE ALTI	3,52	3,75	3,60	3,77	3,56	3,59	3,71	4,15	3,05	2,69	3,21	3,20	3,87	3,70	3,78	3,45	3,55	3,55	3,73	4,12	3,47	4,30	3,87	3,65	3,46	4,11	3,87	3,18	3,79	4,02	3,46
21-30 YAŞ	3,74	3,54	3,64	3,59	3,09	3,64	3,84	4,24	2,92	2,70	3,15	3,07	3,72	3,53	3,70	3,32	3,43	3,55	3,72	4,05	2,87	4,12	3,65	3,55	2,88	3,82	3,50	3,04	3,84	4,15	3,44
31-40 YAŞ	4,07	4,05	3,93	3,94	3,42	3,90	3,95	4,32	3,04	3,10	3,53	3,38	3,98	3,84	3,94	3,65	3,73	3,64	3,72	3,91	2,62	4,33	3,87	3,74	2,99	3,82	3,76	2,83	3,81	4,15	3,53
41-50 YAŞ	4,11	4,10	3,97	3,65	3,19	3,81	3,88	4,35	3,17	3,14	3,40	3,36	4,10	3,73	3,76	3,67	3,73	3,82	3,93	4,17	2,70	4,37	4,01	4,03	2,85	4,01	3,56	2,78	4,11	4,27	3,54
51-60 YAŞ	4,10	3,89	3,93	3,78	3,47	3,90	3,76	5,21	3,34	3,17	3,60	3,30	4,00	3,61	3,82	3,75	3,47	3,77	3,87	4,20	3,45	4,21	4,00	3,60	2,98	3,84	3,55	3,18	3,86	4,29	3,62
61 YAŞ VE ÜSTÜ	4,24	4,00	4,21	3,73	3,61	4,14	3,79	4,19	3,33	3,10	3,62	3,57	4,33	4,30	4,10	3,90	4,20	4,05	3,86	4,35	2,43	4,57	4,29	3,95	2,73	4,00	3,75	3,81	4,00	4,33	3,73
OKUR YAZAR	4,50	4,11	3,61	3,75	4,00	3,89	4,17	4,44	2,44	3,56	3,33	2,33	4,00	4,43	4,13	3,75	3,33	3,38	4,22	4,18	3,22	4,00	4,22	3,44	3,33	3,88	4,22	2,63	3,89	4,33	3,54
İLKOKUL	4,24	4,14	4,06	3,81	3,38	3,99	3,96	4,73	3,16	3,15	3,55	3,40	4,10	3,96	3,96	3,74	3,79	3,74	3,95	4,10	2,93	4,36	4,00	3,92	3,02	4,12	3,74	2,76	4,06	4,36	3,62
ORTAOKUL	3,91	3,85	3,84	3,80	3,53	3,75	3,68	4,25	3,18	2,90	3,45	3,30	3,93	3,43	3,84	3,28	3,69	3,63	3,79	4,13	2,60	4,37	3,83	3,76	2,83	3,69	3,48	2,80	3,86	4,22	3,41
LİSE	3,82	3,69	3,73	3,78	3,24	3,74	3,87	4,21	2,99	2,94	3,41	3,31	3,98	3,72	3,75	3,61	3,65	3,77	3,75	4,08	2,94	4,25	3,72	3,74	3,03	3,94	3,64	3,18	3,93	4,16	3,56
ÖNLİSANS	3,59	3,71	3,70	3,83	3,33	3,56	3,72	4,32	3,10	2,78	3,10	3,13	3,85	3,28	3,71	3,61	3,46	3,64	3,79	4,14	2,85	4,08	4,00	3,37	2,82	3,46	3,65	3,56	3,70	4,05	3,48
LİSANS	3,65	3,66	3,65	3,41	3,00	3,58	3,75	4,15	3,12	2,73	3,09	3,16	3,59	3,63	3,63	3,36	3,24	3,47	3,42	3,96	3,00	4,25	3,81	3,56	2,96	3,83	3,44	3,16	3,63	3,86	3,38
DÜZENLİ GELİRİ YOK	4,12	3,95	3,98	3,70	3,39	3,76	3,75	4,22	3,29	2,95	3,48	3,36	3,98	3,73	3,93	3,54	3,73	3,90	3,95	4,25	2,88	4,29	4,18	4,00	3,06	4,20	3,59	2,97	4,00	4,20	3,58
ASGARİ ÜCRET VE ALTI	3,91	3,86	3,82	3,72	3,29	3,71	3,72	4,31	2,65	2,63	3,12	3,08	3,96	3,64	3,74	3,26	3,65	3,67	3,79	4,15	3,76	4,29	3,84	3,16	3,19	3,92	3,69	2,98	4,02	4,37	3,49
600-900 TL	3,95	3,91	3,84	3,76	3,47	3,93	3,84	4,71	3,18	3,09	3,42	3,35	3,97	3,77	3,87	3,65	3,68	3,82	3,84	4,18	2,81	4,24	3,99	3,74	3,12	3,81	3,63	3,11	4,05	4,19	3,59
901-1200 TL	4,18	3,98	3,98	3,74	3,30	3,98	4,02	4,37	3,10	2,95	3,49	3,27	3,98	3,96	3,78	3,53	3,73	3,75	3,84	4,10	2,88	4,24	3,73	3,66	3,02	3,88	3,59	2,83	3,86	4,18	3,54
1201-1500 TL	3,76	3,66	3,65	3,58	3,10	3,56	3,84	4,30	2,95	2,94	3,45	3,13	3,87	3,77	3,86	3,64	3,37	3,41	3,85	3,93	2,54	4,22	3,81	3,78	2,73	4,05	3,68	2,77	3,75	4,13	3,44
1501-2000 TL	3,78	3,84	3,82	3,86	3,26	3,69	3,88	4,26	3,10	3,09	3,50	3,50	3,90	3,36	3,73	3,66	3,39	3,39	3,52	4,02	2,77	4,34	3,83	3,88	2,91	3,84	3,67	3,25	3,75	4,28	3,46
2000 VE ÜSTÜ	4,01	3,95	3,87	3,74	3,26	3,78	3,83	4,35	3,40	3,07	3,11	3,20	4,02	3,74	3,78	3,63	3,89	3,87	3,72	3,93	2,87	4,41	3,76	3,96	2,79	3,72	3,63	3,13	3,73	4,04	3,55
MEMUR	3,87	3,70	3,85	3,80	3,41	3,69	3,85	4,29	3,35	3,10	3,41	3,21	3,90	3,44	3,76	3,64	3,59	3,78	3,67	3,96	2,94	4,19	3,98	3,66	2,84	3,60	3,65	3,43	3,75	4,00	3,57
İŞÇİ	3,82	3,84	3,84	3,65	3,18	3,80	3,82	4,29	3,07	3,18	3,43	3,43	4,04	3,68	3,70	3,64	3,56	3,88	3,68	4,19	2,93	4,07	3,74	3,89	2,48	3,70	3,70	3,43	3,71	4,18	3,56
ÖZEL SEKTÖR	3,66	3,56	3,66	3,85	3,10	3,50	3,78	4,06	2,88	2,59	2,94	3,09	3,79	3,41	3,47	3,06	3,50	3,37	3,52	3,95	2,59	3,91	3,47	3,29	2,85	3,59	3,47	3,03	3,94	4,09	3,34
EV HANIMI	4,14	4,11	3,87	3,83	3,25	3,88	3,93	4,72	2,93	3,07	3,53	3,34	3,95	3,86	3,97	3,80	3,59	3,50	3,85	3,92	2,92	4,37	3,77	3,85	3,05	4,08	3,77	2,38	3,93	4,36	3,49
ESNAF	3,85	3,35	3,21	3,27	2,90	3,73	3,83	4,31	2,77	2,85	3,46	3,00	4,23	3,38	3,92	3,25	3,92	3,85	3,83	4,48	2,54	4,36	4,31	3,69	2,90	3,69	3,17	3,85	4,00	4,46	3,46
EMEKLİ	4,28	3,96	4,11	3,71	3,47	4,06	3,87	4,26	3,39	3,19	3,56	3,41	4,26	3,93	3,80	3,63	3,89	4,04	4,05	4,23	2,61	4,40	4,07	3,84	2,86	3,91	3,55	3,27	3,95	4,21	3,64
ÖĞRENCİ	3,46	3,64	3,55	3,49	3,23	3,51	3,69	4,19	3,02	2,65	3,07	3,24	3,73	3,67	3,63	3,38	3,28	3,42	3,58	4,15	3,21	4,21	3,85	3,54	3,42	3,96	3,56	3,25	3,78	3,93	3,42
DiĞER	4,12	4,05	4,17	4,00	3,68	3,96	3,90	4,45	3,29	2,95	3,45	3,18	3,93	3,83	4,07	3,54	4,00	4,05	4,00	4,36	2,98	4,48	4,19	3,93	2,86	4,10	3,69	3,18	4,17	4,31	3,72

Tablo 4.10. Servis Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Memnuniyet Düzeylerine İlişkin İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34	TOPLAM
TOPLAM HASTA	4,44	4,45	4,44	3,30	3,93	4,47	4,39	4,56	4,16	3,79	4,19	3,85	4,60	4,35	4,32	4,09	4,35	4,29	4,37	4,39	4,53	4,71	2,87	3,83	2,96	4,63	4,51	4,04	3,20	3,98	4,10	3,66	4,21	4,60	3,83
KADIN HASTA	4,49	4,59	4,41	3,65	4,35	4,51	4,50	4,68	4,20	3,91	4,25	4,10	4,72	4,54	4,52	4,34	4,32	4,19	4,50	4,60	4,67	4,73	2,89	3,87	3,16	4,76	4,64	4,15	3,48	4,02	4,43	3,48	4,36	4,76	3,86
ERKEK HASTA	4,41	4,36	4,45	3,17	3,66	4,44	4,32	4,49	4,13	3,71	4,15	3,69	4,52	4,22	4,20	3,93	4,36	4,34	4,28	4,25	4,45	4,70	2,85	3,82	2,82	4,54	4,42	3,97	2,95	3,95	3,88	3,78	4,11	4,48	3,80
30 YAŞ VE ALTI	4,23	4,20	4,24	3,73	3,76	4,33	4,15	4,50	4,16	3,67	3,95	3,55	4,47	4,05	4,20	3,68	4,28	4,18	4,40	4,24	4,69	4,68	2,66	3,90	2,81	4,59	4,48	4,02	3,00	3,98	3,86	3,21	4,00	4,44	3,63
31-40 YAŞ	4,35	4,52	4,32	3,22	3,95	4,38	4,45	4,43	4,04	3,70	3,98	3,87	4,57	4,36	4,31	4,18	4,21	4,13	4,27	4,47	4,45	4,56	2,95	3,67	2,62	4,66	4,43	4,00	3,03	3,87	4,14	3,49	4,07	4,60	3,81
41-50 YAŞ	4,43	4,38	4,48	3,31	3,95	4,51	4,43	4,48	4,04	3,70	4,10	3,84	4,64	4,40	4,32	4,22	4,27	4,33	4,44	4,43	4,42	4,65	2,73	3,89	2,85	4,54	4,48	3,98	3,04	3,83	4,07	3,57	4,15	4,57	3,83
51-60 YAŞ	4,48	4,48	4,47	3,06	3,86	4,46	4,43	4,59	4,12	3,90	4,33	3,89	4,59	4,24	4,38	4,11	4,42	4,38	4,30	4,40	4,68	4,83	2,78	3,83	3,10	4,64	4,54	3,95	3,12	4,33	4,23	3,61	4,24	4,64	3,80
61-70 YAŞ	4,51	4,57	4,47	3,28	3,96	4,54	4,43	4,64	4,25	3,96	4,33	3,91	4,59	4,52	4,37	4,03	4,46	4,23	4,33	4,38	4,52	4,74	2,85	3,84	3,04	4,62	4,49	4,13	3,62	3,93	4,13	3,79	4,39	4,58	3,90
71 YAŞ VE ÜSTÜ	4,60	4,59	4,56	3,40	4,08	4,51	4,38	4,80	4,44	3,79	4,44	3,95	4,67	4,42	4,33	4,25	4,43	4,52	4,47	4,36	4,56	4,82	3,40	3,82	3,40	4,80	4,66	4,23	3,50	4,00	4,11	4,28	4,39	4,78	3,97
OKUMA YAZMA B.	4,53	4,64	4,45	3,35	4,18	4,56	4,42	4,78	4,33	3,92	4,42	4,04	4,68	4,55	4,47	4,25	4,38	4,30	4,45	4,59	4,56	4,82	3,11	3,81	3,27	4,71	4,64	4,14	3,56	4,00	4,23	3,94	4,43	4,74	3,91
OKUR YAZAR	4,58	4,48	4,44	3,47	3,95	4,40	4,44	4,60	4,17	4,00	4,20	4,09	4,48	4,24	4,25	4,36	4,50	4,36	4,32	4,29	4,63	4,77	3,20	3,68	3,00	4,64	4,64	4,00	3,40	3,96	4,00	3,84	4,40	4,68	3,94
İLKOKUL	4,51	4,51	4,54	3,25	3,99	4,52	4,47	4,59	4,20	3,83	4,16	3,81	4,66	4,39	4,38	4,21	4,39	4,35	4,43	4,42	4,54	4,73	2,82	3,89	2,94	4,65	4,50	4,05	3,18	4,11	4,15	3,51	4,21	4,67	3,87
ORTAOKUL	4,40	4,23	4,40	3,28	3,67	4,45	4,30	4,39	4,12	3,71	4,02	3,72	4,56	4,18	4,20	3,80	4,39	4,46	4,26	4,13	4,25	4,66	2,77	3,89	2,85	4,43	4,38	4,07	3,42	3,93	3,93	3,89	4,15	4,37	3,77
LİSE	4,26	4,25	4,27	3,29	3,75	4,37	4,31	4,20	3,88	3,64	4,36	3,72	4,60	4,24	4,08	3,72	4,08	4,13	4,16	4,52	5,00	4,60	2,61	3,88	2,88	4,68	4,48	3,60	2,72	4,04	4,04	3,61	4,13	4,48	3,66
ÖNLİSANS	4,05	4,15	4,34	3,00	3,55	4,21	4,36	4,55	4,27	3,55	3,91	4,00	4,45	4,40	4,20	3,60	4,22	3,78	4,20	4,00	4,33	4,56	2,50	3,67	2,70	4,64	4,45	4,55	2,57	2,91	3,82	3,40	3,73	4,18	3,60
LİSANS	3,65	4,04	3,78	3,50	3,23	3,89	3,71	4,20	3,33	2,85	3,57	3,21	3,86	3,71	3,93	3,31	3,87	3,79	4,13	3,83	4,40	4,24	2,36	3,46	2,07	4,33	4,07	3,80	2,50	3,33	3,73	3,00	3,40	4,00	3,34
DÜZENLİ GELİR YOK	4,58	4,48	4,60	3,03	3,87	4,58	4,42	4,60	4,22	3,80	4,26	3,82	4,58	4,42	4,32	4,12	4,33	4,37	4,40	4,30	4,58	4,82	3,17	3,85	2,91	4,64	4,51	3,88	3,25	4,04	3,95	3,77	4,24	4,63	3,87
ASGARİ ÜCRET VE ALTI	4,37	4,54	4,30	3,71	4,26	4,38	4,32	4,74	4,19	3,93	4,39	3,83	4,65	4,40	4,36	4,20	4,39	4,30	4,50	4,53	4,59	4,67	2,64	3,79	3,26	4,72	4,70	4,21	3,61	4,05	4,15	3,51	4,30	4,72	3,82
600-900 TL	4,43	4,48	4,42	3,41	4,10	4,48	4,46	4,52	4,23	3,90	4,15	3,85	4,68	4,41	4,37	4,06	4,52	4,48	4,37	4,51	4,43	4,69	2,74	3,75	3,02	4,60	4,47	4,13	3,31	4,01	4,19	3,67	4,22	4,62	3,82
901-1200 TL	4,63	4,49	4,61	3,55	3,74	4,64	4,41	4,54	4,14	3,83	4,18	4,17	4,65	4,18	4,37	4,11	4,44	4,09	4,37	4,52	4,56	4,78	2,72	4,00	3,12	4,66	4,49	4,11	3,04	4,24	4,23	3,71	4,29	4,51	3,96
1201-1500 TL	4,08	4,13	3,97	3,08	3,13	4,09	4,06	4,28	4,00	3,11	3,89	3,67	4,33	4,11	4,06	3,94	4,17	4,33	4,29	4,07	4,25	4,41	2,44	3,94	2,11	4,18	4,18	3,67	2,86	3,22	4,17	3,35	3,83	4,41	3,56
1501-2000 TL	3,93	4,10	4,05	3,73	3,56	4,06	4,19	4,38	3,31	3,20	3,69	3,69	4,31	4,06	3,94	3,80	3,63	3,38	4,13	3,87	4,60	4,45	2,27	3,77	2,69	4,69	4,50	4,38	2,83	3,63	4,13	3,50	4,06	4,27	3,61
2001 VE ÜZERİ	3,88	4,40	3,95	4,00	4,22	3,90	4,50	4,50	4,10	3,80	4,20	3,38	4,50	4,11	4,75	4,13	3,78	3,29	3,89	4,67	4,40	4,47	3,25	3,63	3,00	4,80	4,50	4,20	2,20	3,44	4,00	3,38	4,00	4,60	3,65
MEMUR	4,25	4,40	4,41	3,36	3,25	4,35	4,33	4,44	3,56	3,20	4,06	3,75	4,25	4,19	4,13	3,93	4,00	4,07	4,25	4,29	4,00	4,59	2,56	3,93	2,38	4,31	4,19	4,13	2,85	3,38	3,94	3,50	4,19	4,33	3,75
İŞÇİ	4,40	4,29	4,32	3,45	3,70	4,41	4,17	4,46	4,12	3,81	4,12	4,04	4,54	4,19	4,15	4,00	4,08	4,12	4,08	4,32	4,55	4,54	2,83	3,92	3,08	4,32	4,28	3,81	2,71	3,69	3,84	3,75	4,00	4,35	3,79
ÖZEL SEKTÖR	4,52	4,40	4,53	2,63	3,30	4,43	4,43	4,00	3,80	3,80	4,30	3,60	4,40	4,40	4,30	4,00	4,40	4,30	4,50	4,11	4,20	4,72	2,90	3,30	2,50	4,70	4,60	3,70	3,13	3,80	4,20	3,90	4,20	4,20	3,90
EV HANIMI	4,50	4,62	4,39	4,19	4,51	4,52	4,57	4,71	4,23	3,86	4,25	4,02	4,77	4,57	4,57	4,40	4,29	4,14	4,51	4,64	4,59	4,72	2,83	3,83	3,10	4,73	4,69	4,19	3,49	4,10	4,43	3,41	4,38	4,77	3,87
ESNAF	3,95	4,09	4,23	4,25	3,73	4,18	4,27	4,20	3,73	3,47	3,80	3,40	4,60	4,07	3,93	3,60	4,36	4,14	4,20	3,87	4,00	4,56	2,47	3,36	2,50	4,47	4,47	3,73	3,57	3,60	3,73	3,67	3,53	4,00	3,60
EMEKLİ	4,46	4,46	4,47	3,26	3,95	4,47	4,43	4,58	4,21	3,76	4,16	3,77	4,62	4,28	4,25	3,97	4,55	4,49	4,31	4,45	4,67	4,75	2,80	3,88	3,08	4,70	4,48	4,18	2,86	4,16	4,01	3,81	4,31	4,62	3,87
ÖĞRENCİ	3,67	3,80	3,80	3,83	3,78	4,10	3,67	4,10	3,90	3,44	3,78	3,67	4,22	3,89	4,10	2,90	4,20	4,00	4,30	4,33	5,00	4,43	2,44	3,44	2,80	4,40	4,40	3,40	2,71	3,20	3,90	2,56	3,30	4,30	3,13
Diğer	4,56	4,44	4,60	2,90	3,61	4,53	4,33	4,60	4,28	3,91	4,28	3,79	4,51	4,32	4,28	4,11	4,40	4,41	4,37	4,23	4,52	4,80	3,12	3,93	2,91	4,62	4,43	3,97	3,28	4,06	3,94	3,93	4,22	4,65	3,88

4.3.3. Araştırma Sorularıyla İlgili Bulgular

1. H_0 = Cinsiyet gruplarına göre, hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

Poliklinik ve servis hastalarının cinsiyet gruplarına göre sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasında $p \leq 0,05$ güvenilirlik düzeyinde anlamlı, bir fark olup olmadığına bakmak için, bağımsız iki grup arası farkların testi (independent samples t-test) yapılmıştır.

Tablo 4.11. Poliklinik Hastalarının Cinsiyet Grupları Arasında t Testi

İfadeler	Cinsiyet	N	Ortalama	Sig.	t	Sig. (2-tailed)
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşması	Kadın	223	3,98	0,003	0,949	0,343
	Erkek	204	3,91		0,955	0,340
Hastane personelinin yerinde bulunması	Kadın	222	4,04	0,044	4,178	0,000
	Erkek	204	3,69		4,210	0,000
Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi	Kadın	223	3,87	0,008	0,640	0,523
	Erkek	203	3,81		0,644	0,520
Hasta şikâyetlerinin yapılabileceği bir merci (birim) bulunması	Kadın	118	3,73	0,001	-0,048	0,962
	Erkek	170	3,74		-0,046	0,964
Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi	Kadın	163	3,21	0,002	-1,673	0,095
	Erkek	177	3,41		-1,657	0,099
Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarırken istekli ve anlaşılır olması	Kadın	223	3,81	0,000	0,379	0,705
	Erkek	204	3,77		0,383	0,702
Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması	Kadın	222	3,94	0,001	2,543	0,011
	Erkek	202	3,74		2,568	0,011
Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	Kadın	219	3,01	0,004	-1,445	0,149
	Erkek	201	3,18		-1,458	0,146
Hastaya muayene edilmesi için ayrılan süre	Kadın	220	3,40	0,000	0,256	0,798
	Erkek	202	3,37		0,258	0,796
Uzman hekimlerin hasta muayene saatleri	Kadın	218	3,32	0,001	0,858	0,391
	Erkek	200	3,23		0,865	0,388
Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği	Kadın	221	3,98	0,000	0,681	0,496
	Erkek	201	3,92		0,688	0,492

Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı	Kadın	211	3,88	0,001	1,433	0,153
	Erkek	200	3,75		1,445	0,149
İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği	Kadın	211	3,73	0,017	2,802	0,005
	Erkek	196	3,41		2,820	0,005
Hastaların/hasta yakınlarının hastalık hakkında hekim tarafından yeterince bilgilendiriliyor olması	Kadın	216	3,59	0,000	-0,585	0,559
	Erkek	198	3,66		-0,590	0,555
Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması	Kadın	191	3,51	0,000	-2,648	0,008
	Erkek	201	3,84		-2,619	0,009
Hastane temizliği	Kadın	222	3,92	0,001	-4,930	0,000
	Erkek	204	4,26		-4,999	0,000
Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması	Kadın	220	4,28	0,000	0,039	0,969
	Erkek	201	4,28		0,039	0,969
Hastanenin havalandırma sistemi	Kadın	218	3,72	0,000	-3,333	0,001
	Erkek	204	4,05		-3,380	0,001
Hastaneye ulaşımın kolay olması	Kadın	218	3,68	0,000	-0,985	0,325
	Erkek	203	3,80		-0,996	0,320
Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	Kadın	220	3,97	0,005	1,286	0,199
	Erkek	203	3,83		1,294	0,196
Hastanenin fiyatları	Kadın	214	2,66	0,000	-5,656	0,000
	Erkek	198	3,38		-5,730	0,000
Hastanenin güvenliği	Kadın	212	3,94	0,000	0,888	0,375
	Erkek	199	3,85		0,896	0,371
Hastanenin imajı ve başarısı	Kadın	222	4,20	0,001	0,194	0,846
	Erkek	204	4,18		0,195	0,845
Toplam	Kadın	223	3,485	0,001	-1,498	0,135
	Erkek	204	3,568		-1,516	0,130

Poliklinikler için yapılan t testinde tüm ifadeler için verilen puanların toplamalarının ortalamasına bakıldığında $p \leq 0,05$ düzeyinde gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Ancak cinsiyetlerin memnuniyet düzeylerini etkilediğine dair istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Tüm ifadeler için tek tek t testi yapıldığında ise tablo 4.11’de gösterilen yirmi üç ifade için gruplar arasında farklılık söz konusu iken, memnuniyet düzeyleri bakımından yalnızca yedi ifadede istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve bu ifadeler için H_0 reddedilmiştir.

“Hastane personelinin yerinde bulunması ($t = 4,210, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ($t = 2,568, p \leq 0,05$)” ve “İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği ($t = 2,820, p \leq 0,05$)” ifadelerine göre, ayakta tedavi gören kadın hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri, erkek hastaların memnuniyet düzeylerine göre daha yüksektir.

“Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması ($t = -2,619, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin temizliği ($t = -4,999, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin havalandırma sistemi ($t = -3,380, p \leq 0,05$)”, ve “Hastanenin fiyatları ($t = -5,730, p \leq 0,05$)” ifadeleri için, ayakta tedavi gören kadın hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri, erkek hastaların memnuniyet düzeylerine göre daha düşüktür.

Tablo 4.12. Servis Hastalarının Cinsiyet Grupları Arasında t Testi

İfadeler	Cinsiyet	N	Ortalama	Sig.	T	Sig. (2-tailed)
Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması	kadın	142	4,68	0,049	2,605	0,010
	erkek	213	4,49		2,587	0,010
Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	kadın	140	4,20	0,000	0,664	0,507
	erkek	212	4,13		0,621	0,535
Hastaya muayene edilmesi için ayrılan süre	kadın	137	4,25	0,015	0,925	0,355
	erkek	211	4,15		0,892	0,373
Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği	kadın	138	4,72	0,000	2,821	0,005
	erkek	211	4,52		2,928	0,004
Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı	kadın	135	4,52	0,029	4,465	0,000
	erkek	208	4,20		4,426	0,000
Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması	kadın	104	4,19	0,001	-1,239	0,216
	erkek	204	4,34		-1,122	0,263
Hastanede verilen yemekler	kadın	133	2,89	0,029	0,239	0,811
	erkek	201	2,85		0,233	0,816
Hastanenin refakatçi hizmetleri	kadın	104	3,87	0,000	0,402	0,688
	erkek	201	3,82		0,355	0,723
Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları	kadın	140	3,16	0,000	2,402	0,017
	erkek	209	2,82		2,298	0,022
Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması	kadın	141	4,76	0,000	3,171	0,002
	erkek	212	4,54		3,329	0,001
Hastaneye ulaşımın kolay olması	kadın	141	4,15	0,000	1,609	0,108
	erkek	213	3,97		1,552	0,122
Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması	kadın	137	4,43	0,042	6,317	0,000
	Erkek	210	3,88		6,162	0,000
Hastanenin fiyatları	Kadın	123	3,48	0,000	-2,328	0,021
	Erkek	196	3,78		-2,034	0,044
Hastanenin güvenliği	Kadın	141	4,36	0,000	2,813	0,005
	Erkek	211	4,11		2,687	0,008
Hastanenin imajı ve başarısı	Kadın	141	4,76	0,000	4,287	0,000
	Erkek	197	4,48		4,450	0,000

Servis hastalarında cinsiyet gruplarına göre memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılıklar için yapılan t testinde, tüm ifadeler verilen puanların toplamalarının ortalamasına bakıldığında $p \leq 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Yani H_0 kabul edilmiştir. Ancak tablo 4.12’de yer alan ifadelerin tamamı

için cinsiyet grupları arasında ve bu ifadelerin bazıları için memnuniyet düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar söz konusudur, H_0 reddedilmiştir.

“Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması ($t = 2,587, p \leq 0,05$)”, “Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği ($t = 2,928, p \leq 0,05$)”, “Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı ($t = 4,426, p \leq 0,05$)”, “Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları ($t = 2,298, p \leq 0,05$)”, “Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması ($t = 3,329, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması ($t = 6,162, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin güvenliği ($t = 2,687, p \leq 0,05$)”, ve “Hastanenin imajı ve başarısı ($t = 4,450, p \leq 0,05$)”, ifadeleri için kadın hastaların memnuniyet düzeyleri, erkek hastaların memnuniyet düzeylerinden yüksektir.

“Hastanenin fiyatları ($t = -2,034, p \leq 0,05$)” ifadesi için kadın hastaların memnuniyet düzeyleri, erkek hastaların memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür.

2. H_0 = Yaş gruplarına göre, hastaların sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

Poliklinik ve servis hastalarının, yaş gruplarına göre, sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasında fark olup olmadığına bakmak için, One-way ANOVA Scheffe testi yapılmıştır.

ANOVA testi sonucuna göre, poliklinik hastalarının, tüm ifadelere verdikleri puanların toplamalarının ortalaması için, $p \leq 0,05$ düzeyinde, gruplar arasında ve grupların memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur, H_0 kabul edilmiştir. Ancak ifadeler bazında anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında,

bazı ifadeler için gruplar arasında anlamlı farklılıklar varken, memnuniyet düzeyleri bakımından yalnızca iki ifade için H_0 reddedilmiştir.

Tablo 4.13. Poliklinik Hastaları için Yaş Grupları Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	Df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşması	Gruplar Arası	20,469	5	4,094	6,556	0,000
	Gruplar İçi	262,898	421	0,624		
	Toplam	283,367	426			
Hastane personelinin yerinde bulunması	Gruplar Arası	20,590	5	4,118	5,709	0,000
	Gruplar İçi	302,941	420	0,721		
	Toplam	323,531	425			
Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi	Gruplar Arası	12,928	5	2,586	3,129	0,009
	Gruplar İçi	347,034	420	0,826		
	Toplam	359,962	425			
Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarırken istekli ve anlaşılır olması	Gruplar Arası	8,988	5	1,798	2,311	0,043
	Gruplar İçi	327,462	421	0,778		
	Toplam	336,450	426			
Muayene için bekleme süresi	Gruplar Arası	18,525	5	3,705	2,629	0,023
	Gruplar İçi	586,189	416	1,409		
	Toplam	604,713	421			
Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği	Gruplar Arası	11,033	5	2,207	2,234	0,050
	Gruplar İçi	410,922	416	0,988		
	Toplam	421,955	421			
Hastane temizliği	Gruplar Arası	6,429	5	1,286	2,371	0,039
	Gruplar İçi	227,782	420	0,542		
	Toplam	234,211	425			
Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları	Gruplar Arası	48,450	5	9,690	2,391	0,037
	Gruplar İçi	1681,740	415	4,052		
	Toplam	1730,190	420			
Hastanenin havalandırma sistemi	Gruplar Arası	11,383	5	2,277	2,262	0,048
	Gruplar İçi	418,692	416	1,006		
	Toplam	430,076	421			
Hastanenin fiyatları	Gruplar Arası	24,162	5	4,832	2,792	0,017
	Gruplar İçi	702,816	406	1,731		
	Toplam	726,978	411			

Tablo 4.13'te "Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşması ($F = 6,556, p \leq 0,05$)", "Hastane personelinin yerinde bulunması ($F = 5,709, p \leq 0,05$)",

“Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi (F = 3,129, p ≤ 0,05)”, “Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarken istekli ve anlaşılır olması (F = 2,311, p ≤ 0,05)”, “Muayene için bekleme süresi (F = 2,629, p ≤ 0,05)”, “Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği (F = 2,234, p ≤ 0,05)”, “Hastane temizliği (F = 2,371, p ≤ 0,05)”, “Dinlenme ve ihtiyaç giderme imkânları (F = 2,391, p ≤ 0,05)”, “Hastanenin havalandırma sistemi (F = 2,262, p ≤ 0,05)”, “Hastanenin fiyatları (F = 2,792, p ≤ 0,05)” ifadeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Tablo 4.14. Poliklinik Hastaları için Yaş Grubu Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken		Ort. Farkı	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						En Düşük	En Yüksek
İfadeler	Yaş						
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	20 Yaş ve Altı	31-40 Yaş	-0,55	0,138	0,008	-1,02	-0,09
		41-50 Yaş	-0,59	0,143	0,005	-1,06	-0,11
		51-60 Yaş	-0,58	0,155	0,016	-1,1	-0,06
		61 Yaş ve Üstü	-0,72	0,207	0,037	-1,41	-0,02
Hastane personelinin yerinde bulunması	21-30 Yaş	31-40 Yaş	-0,51	0,116	0,002	-0,9	-0,12
		41-50 Yaş	-0,56	0,122	0,001	-0,97	-0,15

Tablo 4.14’teki Scheffe testi sonuçlarına göre, “Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması” ifadesi için 20 yaş altı hastaların, sağlık hizmeti kalitesinden, memnuniyet düzeyleri, 31-40 yaş, 41-50 yaş, 51-60 yaş ve 61 yaş üstü hastaların memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür. “Hastane personelinin yerinde bulunması” ifadesi için 21- 30 yaş grubu hastaların memnuniyet düzeyleri 31-40 yaş ve 41- 50 yaş grubu hastaların memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür. Bu ifadeler için $\alpha = 0,05$ güvenilirlik düzeyinde yaş grupları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve H_0 reddedilmiştir.

Tablo 4.15. Servis Hastaları için Yaş Grupları Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin yerinde bulunması	Gruplar Arası	5,509	5	1,102	3,010	0,011
	Gruplar İçi	127,379	348	0,366		
	Toplam	132,888	353			
Hastaya muayene edilmesi için ayrılan süre	Gruplar Arası	10,440	5	2,088	2,356	0,040
	Gruplar İçi	303,043	342	0,886		
	Toplam	313,483	347			
İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği	Gruplar Arası	10,525	5	2,105	2,547	0,028
	Gruplar İçi	278,490	337	0,826		
	Toplam	289,015	342			
Hastanenin fiyatları	Gruplar Arası	27,374	5	5,475	4,681	0,000
	Gruplar İçi	366,062	313	1,170		
	Toplam	393,436	318			
TOPLAM	Gruplar Arası	3,040	5	0,608	2,731	0,019
	Gruplar İçi	77,900	350	0,223		
	Toplam	80,939	355			

Servis hastalarının, tüm ifadelerle verdikleri puanların toplamalarının ortalaması için ($F = 2,731$, $p \leq 0,05$) için H_0 reddedilmiştir. İfadeler bazında ise gruplar arasında, tablo 4.15’deki ifadeler için $p \leq 0,05$ düzeyinde fark olduğu görülmektedir. “Hastane personelinin yerinde bulunması ($F = 3,010$, $p \leq 0,05$)”, “Hastaya muayene edilmesi için ayrılan süre ($F = 2,356$, $p \leq 0,05$)”, “İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği ($F = 2,547$, $p \leq 0,05$)” ve “Hastanenin fiyatları ($F = 4,681$, $p \leq 0,05$)” ifadeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Ancak memnuniyet düzeyleri bakımından yalnızca “Hastanenin fiyatları” ifadesi için istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve H_0 reddedilmiştir.

Tablo 4.16. Servis Hastaları için Yaş Grubu Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken		Ort. Farkı	Std.Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
	Yaş					En Düşük	En Yüksek
Hastanenin fiyatlarından	30 Yaş ve Altı	71 Yaş ve Üstü	-1,07	0,241	0,002	-1,87	-0,26
	31-40 Yaş	71 Yaş ve Üstü	-0,79	0,233	0,045	-1,57	-0,01
	41-50 Yaş	71 Yaş ve Üstü	-0,71	0,204	0,035	-1,39	-0,03
Toplam	30 Yaş ve Altı	71 Yaş ve Üstü	-0,3398	0,10002	0,044	-0,6745	-0,0051

Tablo 4.16'daki Scheffe testi sonuçlarına göre, "Hastanenin fiyatları" ifadesi için 71 yaş ve üstü hasta grubunun memnuniyet düzeyi 30 yaş ve altı, 31-40 yaş ve 41-50 yaş hasta gruplarının memnuniyet düzeylerinden daha yüksektir.

İfadelerin toplamına verilen memnuniyet düzeyi puanlarının ortalamasına bakıldığında 30 yaş ve altı hasta grubunun memnuniyet düzeyi, 71 yaş ve üstü hasta grubunun memnuniyet düzeyinden daha düşüktür.

3. $H_0 =$ Öğrenim gruplarına göre, hastaların sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.17. Poliklinik Hastaları için Öğrenim Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	Gruplar Arası	28,034	5	5,607	9,245	0,000
	Gruplar İçi	255,332	421	0,606		
	Toplam	283,367	426			
Hastane personelinin yerinde bulunması	Gruplar Arası	18,402	5	3,680	5,066	0,000
	Gruplar İçi	305,129	420	0,726		
	Toplam	323,531	425			
Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesinden	Gruplar Arası	11,946	5	2,389	2,883	0,014
	Gruplar İçi	348,016	420	0,829		
	Toplam	359,962	425			
Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarken istekli ve anlaşılır olmasından	Gruplar Arası	10,732	5	2,146	2,774	0,018
	Gruplar İçi	325,718	421	0,774		
	Toplam	336,450	426			
Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliğinden	Gruplar Arası	11,476	5	2,295	2,326	0,042
	Gruplar İçi	410,479	416	0,987		
	Toplam	421,955	421			
Doktorların hasta takibi yapabilme yeteneği ve imkânlarından	Gruplar Arası	24,837	5	4,967	3,761	0,002
	Gruplar İçi	529,669	401	1,321		
	Toplam	554,506	406			
Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonunun başarısından	Gruplar Arası	13,160	5	2,632	2,551	0,027
	Gruplar İçi	416,801	404	1,032		
	Toplam	429,961	409			
Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	Gruplar Arası	17,558	5	3,512	3,054	0,010
	Gruplar İçi	479,468	417	1,150		
	Toplam	497,026	422			
Hastanenin fiyatları	Gruplar Arası	28,864	5	5,773	3,357	0,006
	Gruplar İçi	698,115	406	1,719		
	Toplam	726,978	411			
Hastanenin imajı ve başarısı	Gruplar Arası	11,673	5	2,335	2,990	0,012
	Gruplar İçi	327,926	420	0,781		
	Toplam	339,599	425			

Öğrenim gruplarına göre poliklinik hastalarının, tüm ifadelerine verdikleri puanların toplamalarının ortalaması için, $p \leq 0,05$ düzeyinde, gruplar arasında ve

grupların memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur, H_0 kabul edilmiştir. Ancak ifadeler bazında test uygulandığında Tablo 4.17’deki ifadelerin tamamı için gruplar arasında $p \leq 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılıklar vardır. Memnuniyet düzeyleri bakımından ise yalnızca Tablo 4.18’deki ifadeler istatistiksel olarak anlamlıdır ve bu ifadeler için H_0 reddedilmiştir.

“Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması ($F = 9,245$, $p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin yerinde bulunması ($F = 5,066$, $p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi ($F = 2,883$, $p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarken istekli ve anlaşılır olması ($F = 2,774$, $p \leq 0,05$)”, “Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği ($F = 2,326$, $p \leq 0,05$)”, “Doktorların hasta takibi yapabilme yeteneği ve imkânları ($F = 3,761$, $p \leq 0,05$)”, “Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonunun başarısı ($F = 2,551$, $p \leq 0,05$)”, “Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması” ($F = 3,054$, $p \leq 0,05$)”, “Hastanenin fiyatları ($F = 3,357$, $p \leq 0,05$)”, ve “Hastanenin imajı ve başarısı” ($F = 2,990$, $p \leq 0,05$)” ifadeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 4.18. Poliklinik Hastaları için Öğrenim Düzeyi Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken		Ort. Farkı	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						En Düşük	En Yüksek
İfadeler	Öğrenim						
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	İlkokul	Lise	0,42	0,098	0	0,09	0,75
		Ön Lisans	0,66	0,138	0	0,2	1,12
		Lisans	0,59	0,12	0	0,19	0,99
Hastane personelinin yerinde bulunması	İlkokul	Lise	0,45	0,107	0	0,09	0,81
		Lisans	0,48	0,131	0,02	0,04	0,92
Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	İlkokul	Ön Lisans	0,65	0,189	0,04	0,02	1,29
Hastanenin fiyatları	İlkokul	Ön Lisans	-0,8	0,237	0,05	-1,59	-0,01
Hastanenin imajı ve başarısı	İlkokul	Lisans	0,5	0,136	0,02	0,04	0,95

Tablo 4.18’de Scheffe testi sonuçlarına göre, “Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması” ifadesinde, ilkokul mezunlarının memnuniyet düzeyi, lise, ön lisans ve lisans mezunlarından daha yüksektir. “Hastane personelinin yerinde bulunması” ifadesinde ilkokul mezunlarının, lise ve lisans mezunlarına göre, memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. “Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması” ifadesinde ilkokul mezunlarının memnuniyet düzeyleri, ön lisans mezunlarının memnuniyet düzeylerine göre daha yüksektir. “Hastanenin fiyatları” ifadesinde ise ilkokul mezunlarının memnuniyet düzeyi ön lisans mezunlarının memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür. “Hastanenin imajı ve başarısı” ifadesinde ise ilkokul mezunlarının, lisans mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 4.19 Servis Hastaları için Öğrenim Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	Gruplar Arası	13,828	6	2,305	6,383	0,000
	Gruplar İçi	126,014	349	0,361		
	Toplam	139,841	355			
Hastane personelinin yerinde bulunması	Gruplar Arası	9,937	6	1,656	4,674	0,000
	Gruplar İçi	122,951	347	0,354		
	Toplam	132,888	353			
Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi	Gruplar Arası	8,944	6	1,491	2,247	0,038
	Gruplar İçi	230,818	348	0,663		
	Toplam	239,762	354			
Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi	Gruplar Arası	16,884	6	2,814	3,316	0,004
	Gruplar İçi	265,603	313	0,849		
	Toplam	282,488	319			
Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplariken istekli ve anlaşılır olması	Gruplar Arası	7,351	6	1,225	3,226	0,004
	Gruplar İçi	132,159	348	0,380		
	Toplam	139,510	354			
Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması	Gruplar Arası	8,662	6	1,444	3,510	0,002
	Gruplar İçi	141,902	345	0,411		
	Toplam	150,564	351			
Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması	Gruplar Arası	10,351	6	1,725	4,030	0,001
	Gruplar İçi	148,973	348	0,428		
	Toplam	159,324	354			
Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	Gruplar Arası	14,890	6	2,482	2,910	0,009
	Gruplar İçi	294,201	345	0,853		
	Toplam	309,091	351			

Muayene için bekleme süresi	Gruplar Arası	15,842	6	2,640	2,502	0,022
	Gruplar İçi	359,845	341	1,055		
	Toplam	375,687	347			
Hastaya muayene edilmesi için ayrılan süre	Gruplar Arası	12,279	6	2,047	2,317	0,033
	Gruplar İçi	301,203	341	0,883		
	Toplam	313,483	347			
Uzman hekimlerin hasta muayene saatleri	Gruplar Arası	11,209	6	1,868	2,439	0,025
	Gruplar İçi	252,768	330	0,766		
	Toplam	263,976	336			
Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği	Gruplar Arası	9,378	6	1,563	3,801	0,001
	Gruplar İçi	140,656	342	0,411		
	Toplam	150,034	348			
Doktorların hasta takibi yapabilme yeteneği ve imkânları	Gruplar Arası	10,584	6	1,764	2,646	0,016
	Gruplar İçi	223,310	335	0,667		
	Toplam	233,895	341			
Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı	Gruplar Arası	6,901	6	1,150	2,644	0,016
	Gruplar İçi	146,178	336	0,435		
	Toplam	153,079	342			
İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği	Gruplar Arası	23,033	6	3,839	4,849	0,000
	Gruplar İçi	265,981	336	0,792		
	Toplam	289,015	342			
Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı	Gruplar Arası	11,610	6	1,935	3,569	0,002
	Gruplar İçi	174,590	322	0,542		
	Toplam	186,201	328			
Hastane temizliği	Gruplar Arası	5,036	6	0,839	2,207	0,042
	Gruplar İçi	132,342	348	0,380		
	Toplam	137,377	354			
Hastanenin havalandırma sistemi	Gruplar Arası	5,466	6	0,911	2,302	0,034
	Gruplar İçi	136,523	345	0,396		
	Toplam	141,989	351			
Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	Gruplar Arası	21,738	6	3,623	3,453	0,003
	Gruplar İçi	342,069	326	1,049		
	Toplam	363,808	332			
Hastanenin fiyatları	Gruplar Arası	18,118	6	3,020	2,510	0,022
	Gruplar İçi	375,317	312	1,203		
	Toplam	393,436	318			
Hastanenin güvenliği	Gruplar Arası	17,640	6	2,940	4,666	0,000
	Gruplar İçi	217,380	345	0,630		
	Toplam	235,020	351			
Hastanenin imajı ve başarısı	Gruplar Arası	11,921	6	1,987	6,014	0,000
	Gruplar İçi	109,357	331	0,330		
	Toplam	121,278	337			
TOPLAM	Gruplar Arası	6,180	6	1,030	4,808	0,000
	Gruplar İçi	74,759	349	0,214		
	Toplam	80,939	355			

Tablo 4.19’da servis hastalarının öğrenim gruplarına göre, memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılık testi sonucunda, ifadeler verilen puanların toplamlarının ortalaması ($F = 4,808, p \leq 0,05$) için H_0 reddedilmiştir.

Tüm ifadeler için ayrı ayrı test yapıldığında Tablo 4.19’daki yirmi bir ifade için gruplar arasında $p \leq 0,05$ düzeyinde fark vardır. Ancak memnuniyet düzeyleri bakımından tablo 4.20’deki ifadeler için istatistiksel olarak fark söz konusudur ve H_0 reddedilmiştir.

“Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması ($F = 6,383, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin yerinde bulunması ($F = 4,674, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi ($F = 2,247, p \leq 0,05$)”, “Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi ($F = 3,316, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarırken istekli ve anlaşılır olması ($F = 3,226, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ($F = 3,510, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması ($F = 4,030, p \leq 0,05$)”, “Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi ($F = 2,910, p \leq 0,05$)”, “Muayene için bekleme süresi ($F = 2,502, p \leq 0,05$)”, “Hastaya muayene edilmesi için ayrılan süre ($F = 2,317, p \leq 0,05$)”, “Uzman hekimlerin hasta muayene saatleri ($F = 2,439, p \leq 0,05$)”, “Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği ($F = 3,801, p \leq 0,05$)”, “Doktorların hasta takibi yapabilme yeteneği ve imkânları ($F = 2,646, p \leq 0,05$)”, “Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı ($F = 2,644, p \leq 0,05$)”, “İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği ($F = 4,849, p \leq 0,05$)”, “Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı ($F = 3,569, p \leq 0,05$)”, “Hastane temizliği ($F = 2,207, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin havalandırma sistemi ($F = 2,302, p \leq 0,05$)”, “Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması ($F = 3,453, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin fiyatları ($F = 2,510, p \leq 0,05$)”,

“Hastanenin güvenliği (F =4,666, p ≤ 0,05)”, ve “Hastanenin imajı ve başarısı (F =4,808, p ≤ 0,05)” ifadeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 4.20. Servis Hastaları için Öğrenim Düzeyi Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken		Ort. Farkı	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						En Düşük	En Yüksek
İfadeler	Öğrenim						
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	Okuryazar d.	Lisans	0,88	0,169	0	0,27	1,48
	Okuryazar	Lisans	0,93	0,196	0,001	0,23	1,63
	İlkokul	Lisans	0,86	0,162	0	0,28	1,44
	Ortaokul	Lisans	0,75	0,181	0,01	0,1	1,4
Hastane personelinin yerinde bulunması	Okuryazar d.	Ortaokul	0,41	0,114	0,043	0,01	0,82
		Lisans	0,6	0,167	0,05	0	1,19
Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarırken istekli ve anlaşılır olması	Okuryazar d.	Lisans	0,67	0,173	0,021	0,06	1,29
		İlkokul	Lisans	0,64	0,167	0,026	0,04
Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması	Okuryazar d.	Lisans	0,71	0,18	0,018	0,07	1,36
		İlkokul	Lisans	0,76	0,173	0,004	0,14
Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması	Okuryazar d.	Lise	0,58	0,15	0,023	0,04	1,11
Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	Okuryazar d.	Lisans	1	0,26	0,025	0,07	1,92
Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği	Okuryazar d.	Lisans	0,82	0,186	0,004	0,15	1,48
		İlkokul	Lisans	0,8	0,179	0,003	0,16
Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	İlkokul	Ön Lisans	1,2	0,32	0,031	0,06	2,34
Hastanenin güvenliği	Okuryazar d.	Lisans	1,03	0,223	0,002	0,24	1,83
	Okuryazar	Lisans	1	0,259	0,023	0,07	1,93
	İlkokul	Lisans	0,81	0,215	0,028	0,05	1,58
Hastanenin imajı ve başarısı	Okuryazar d.	Lisans	0,74	0,167	0,004	0,15	1,34
	İlkokul	Lisans	0,67	0,161	0,009	0,1	1,25
Toplam	Okuryazar d.	Lisans	0,5681	0,13	0,005	0,1036	1,0325
	Okuryazar	Lisans	0,5992	0,151	0,017	0,0595	1,1389
	İlkokul	Lisans	0,5378	0,125	0,006	0,0912	0,9844

Tablo 4.20’de “Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması” ifadesi için lisans mezunlarının, okuryazar olmayanlar, okuryazarlar,

ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha düşüktür. “Hastane personelinin yerinde bulunması” ifadesi için okuryazar olmayanların memnuniyet düzeyleri ortaokul ve lisans mezunlarının memnuniyet düzeylerinden daha yüksektir. “Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarırken istekli ve anlaşılır olması” ve “Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması” ifadeleri için lisans mezunlarının, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha düşüktür. “Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması” ifadesi için okuryazar olmayanların, lise mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. “Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi” ifadesi için okuryazar olmayanların, lisans mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha yüksektir.”Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği” ifadesi için lisans mezunlarının, okuryazar olmayanlara ve ilkokul mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha düşüktür. “Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması” ilkokul mezunlarının, ön lisans mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. “Hastanenin güvenliği” ifadesi için lisans mezunlarının, okuryazar olmayanlar okuryazarlar ve ilkokul mezunlarına göre memnuniyet düzeyleri daha düşüktür. “Hastanenin imajı ve başarısı” ifadesi için lisans mezunlarının, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunlarının memnuniyet düzeylerine göre daha düşüktür.

4. H_0 = Gelir gruplarına göre hastaların sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.21. Poliklinik Hastaları için Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşmasından	Gruplar Arası	8,582	6	1,430	2,181	0,044
	Gruplar İçi	274,782	419	0,656		
	Toplam	283,364	425			
Hastaneye ulaşımın kolay olmasından	Gruplar Arası	22,557	6	3,760	2,498	0,022
	Gruplar İçi	621,576	413	1,505		
	Toplam	644,133	419			

One-way ANOVA testine göre, tablo 4.21’de, poliklinik hastalarının gelir gruplarına göre gruplar arasında yalnızca iki ifade arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken, Scheffe Testine göre hizmet kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılara bakıldığında tüm ifadeler için $p \leq 0,05$ düzeyinde H_0 kabul edilmiştir.

Tablo 4.22. Servis Hastaları için Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşması	Gruplar Arası	13,774	6	2,296	6,353	0,000
	Gruplar İçi	125,754	348	0,361		
	Toplam	139,528	354			
Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi	Gruplar Arası	13,937	6	2,323	3,574	0,002
	Gruplar İçi	225,508	347	0,650		
	Toplam	239,445	353			
Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi	Gruplar Arası	20,773	6	3,462	4,146	0,001
	Gruplar İçi	260,568	312	0,835		
	Toplam	281,342	318			
Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarırken istekli ve anlaşılır olması	Gruplar Arası	11,496	6	1,916	5,205	0,000
	Gruplar İçi	127,731	347	0,368		
	Toplam	139,227	353			
Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	Gruplar Arası	13,043	6	2,174	2,532	0,021
	Gruplar İçi	295,339	344	0,859		
	Toplam	308,382	350			

Muayene için bekleme süresi	Gruplar Arası	15,594	6	2,599	2,464	0,024
	Gruplar İçi	358,625	340	1,055		
	Toplam	374,219	346			
Hastaların/hasta yakınlarının hastalık hakkında hekim tarafından yeterince bilgilendiriliyor olması	Gruplar Arası	15,031	6	2,505	2,909	0,009
	Gruplar İçi	296,257	344	0,861		
	Toplam	311,288	350			
Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması	Gruplar Arası	22,425	6	3,737	3,856	0,001
	Gruplar İçi	290,774	300	0,969		
	Toplam	313,199	306			
Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı	Gruplar Arası	9,660	6	1,610	2,934	0,008
	Gruplar İçi	176,166	321	0,549		
	Toplam	185,826	327			
Hastane temizliği	Gruplar Arası	5,205	6	0,867	2,279	0,036
	Gruplar İçi	132,089	347	0,381		
	Toplam	137,294	353			
Hastanede verilen yemekler	Gruplar Arası	25,409	6	4,235	2,344	0,031
	Gruplar İçi	588,957	326	1,807		
	Toplam	614,366	332			
Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	Gruplar Arası	17,873	6	2,979	2,807	0,011
	Gruplar İçi	344,883	325	1,061		
	Toplam	362,756	331			
TOPLAM	Gruplar Arası	3,191	6	0,532	2,397	0,028
	Gruplar İçi	77,212	348	0,222		
	Toplam	80,403	354			

Tablo 4.22’de servis hastalarının gelir düzeylerine göre, memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılık testi sonucunda, ifadelere verilen puanların toplamalarının ortalaması ($F = 2,397, p \leq 0,05$)” için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken, Scheffe testi sonucuna göre memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur ve H_0 kabul edilmiştir. On iki ifade için gruplar arasında farklılık söz konusu iken, bu ifadelerden dördü için memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve H_0 reddedilmiştir.

“Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması ($F = 6,353, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi ($F = 3,574, p \leq 0,05$)”, “Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi ($F = 4,146, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin hastaların

sorularını cevaplarken istekli ve anlaşılır olması (F = 5,205, p ≤ 0,05)”, “Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi” (F = 2,532, p ≤ 0,05)”, “Muayene için bekleme süresi (F = 2,464, p ≤ 0,05)”, “Hastaların/hasta yakınlarının hastalık hakkında hekim tarafından yeterince bilgilendiriliyor olması (F = 2,909, p ≤ 0,05)”, “Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması (F = 3,856, p ≤ 0,05)”, “Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı (F = 2,934, p ≤ 0,05)”, “Hastane temizliği (F = 2,279, p ≤ 0,05)”, “Hastanede verilen yemekler (F = 2,344, p ≤ 0,05)”, ve “Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması (F = 2,807, p ≤ 0,05)” ifadeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar söz konusudur.

Tablo 4.23. Servis Hastaları için Gelir Düzeyi Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken		Ort. Farkı	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						En Düşük	En Yüksek
İfadeler	Gelir						
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	Düzenli geliri yok	1501 TL- 2000 TL	0,65	0,159	0,011	0,09	1,22
	901 TL- 1200 TL	1501 TL- 2000 TL	0,7	0,181	0,022	0,06	1,35
Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi	Asgari ücret ve altı	1201 TL- 1500 TL	1,12	0,278	0,013	0,13	2,12
	600 TL-900 TL	1201 TL- 1500 TL	0,97	0,255	0,028	0,06	1,88
Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	Düzenli geliri yok	1501 TL- 2000 TL	0,91	0,246	0,034	0,04	1,79
	600 TL-900 TL	1501 TL- 2000 TL	0,92	0,25	0,039	0,02	1,81
Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması	600 TL-900 TL	1501 TL- 2000 TL	1,09	0,294	0,036	0,04	2,14

Tablo 4.23’te “Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması” ifadesi için, 1501 TL-2000 TL arasında geliri olan hasta grubunun

memnuniyet düzeyi, düzenli geliri olmayanlar ve 901 TL-1200 TL arası geliri olan hasta gruplarının memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür. “Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi” ifadesi için, 1201 TL-1500TL arasında geliri olan hasta grubunun memnuniyet düzeyi, asgari ücret ve altındaki hasta grubuyla, 600 TL-900TL arasında geliri olan hasta grubunun memnuniyet düzeyinden daha düşüktür. “Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi” ifadesi için, 1501 TL-2000 TL arasında geliri olan hasta grubunun, düzenli geliri olmayanlarla, 600 TL- 900 TL arasında geliri olan hasta grubunun memnuniyet düzeyinden daha düşüktür. “Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması” ifadesi için 600 TL- 900 TL arası geliri olan hasta grubunun, 1501 TL-2000 TL arası geliri olan hasta grubundan memnuniyet düzeyi daha yüksektir.

5. H_0 = Meslek gruplarına göre hastaların sağlık hizmeti kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.24. Poliklinik Hastaları için Meslek Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	Df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	Gruplar Arası	31,968	7	4,567	7,611	0,000
	Gruplar İçi	251,399	419	0,600		
	Toplam	283,367	426			
Hastane personelinin yerinde bulunması	Gruplar Arası	20,844	7	2,978	4,112	0,000
	Gruplar İçi	302,687	418	0,724		
	Toplam	323,531	425			
Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi	Gruplar Arası	20,328	7	2,904	3,574	0,001
	Gruplar İçi	339,635	418	0,813		
	Toplam	359,962	425			
Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplarırken istekli ve anlaşılır olması	Gruplar Arası	15,339	7	2,191	2,859	0,006
	Gruplar İçi	321,111	419	0,766		
	Toplam	336,450	426			

Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı	Gruplar Arası	12,622	7	1,803	2,121	0,041
	Gruplar İçi	342,692	403	0,850		
	Toplam	355,314	410			
İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği	Gruplar Arası	19,292	7	2,756	2,199	0,034
	Gruplar İçi	500,172	399	1,254		
	Toplam	519,464	406			
Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması	Gruplar Arası	25,234	7	3,605	2,507	0,016
	Gruplar İçi	552,266	384	1,438		
	Toplam	577,500	391			
Hastane temizliği	Gruplar Arası	12,282	7	1,755	3,305	0,002
	Gruplar İçi	221,929	418	0,531		
	Toplam	234,211	425			
Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması	Gruplar Arası	10,074	7	1,439	2,029	0,050
	Gruplar İçi	292,853	413	0,709		
	Toplam	302,926	420			
Hastanenin havalandırma sistemi	Gruplar Arası	16,860	7	2,409	2,413	0,020
	Gruplar İçi	413,216	414	0,998		
	Toplam	430,076	421			
Hastanenin fiyatları	Gruplar Arası	83,738	7	11,963	7,513	0,000
	Gruplar İçi	643,240	404	1,592		
	Toplam	726,978	411			
Hastanenin imajı ve başarısı	Gruplar Arası	12,140	7	1,734	2,214	0,032
	Gruplar İçi	327,459	418	0,783		
	Toplam	339,599	425			

Poliklinik hastalarının Meslek gruplarına göre, hizmet kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılara bakıldığında puan toplamalarının ortalaması için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ve H_0 kabul edilmektedir. Tablo 4.24'teki ifadeler için ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Ancak Scheffe testine göre memnuniyet düzeyleri bakımından yalnızca tablo 4.25'deki ifadeler için H_0 reddedilmektedir.

“Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması (F = 7,611, p ≤ 0,05)”, “Hastane personelinin yerinde bulunması (F = 4,112, p ≤ 0,05)”, “Hastane personelinin hastalarla ilgilenmesi (F = 3,574, p ≤ 0,05)”, “Hastane personelinin hastaların sorularını cevaplariken istekli ve anlaşılır olması (F = 2,859, p ≤ 0,05)”, “Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı (F = 2,121, p ≤ 0,05)”, “İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği (F = 2,199, p ≤ 0,05)”, “Hastaya uygulanacak tedavinin anlaşılabilir düzeyde açıkça anlatılması (F = 2,507, p ≤ 0,05)”, “Hastane temizliği (F = 3,305, p ≤ 0,05)”, “Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması (F = 2,029, p ≤ 0,05)”, “Hastanenin havalandırma sistemi (F = 2,413, p ≤ 0,05)”, “Hastanenin fiyatları” (F = 7,513, p ≤ 0,05)” ve “Hastanenin imajı ve başarısı (F = 2,214, p ≤ 0,05)” ifadeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 4.25. Poliklinik Hastaları için Meslek Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken		Ort. Farkı	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
	Meslek					En Düşük	En Yüksek
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	Ev Hanımı	Öğrenci	0,67	0,116	0	0,24	1,11
	Emekli	Öğrenci	0,82	0,139	0	0,3	1,35
	Diğer	Öğrenci	0,66	0,152	0,011	0,08	1,23
Hastanenin fiyatları	Memur	Ev Hanımı	1,05	0,208	0,001	0,27	1,84
	İşçi	Ev Hanımı	1,05	0,263	0,027	0,06	2,04
	Esnaf	Ev Hanımı	1,47	0,367	0,027	0,08	2,85
	Emekli	Ev Hanımı	0,9	0,203	0,008	0,13	1,66
	Öğrenci	Ev Hanımı	0,87	0,192	0,005	0,15	1,59

Tablo 4.25’te poliklinik hastaları arasında, “Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması” ifadesi için, öğrencilerin memnuniyet düzeyleri, ev hanımı, emekli ve diğer meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür.

“Hastanenin fiyatları” ifadesi için ise ev hanımlarının memnuniyet düzeyleri, memur, işçi, esnaf, emekli ve öğrenci meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür.

Tablo 4.26 Servis Hastaları Meslek Değişkenine Göre Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı İfadelere İlişkin ANOVA Testi

İfadeler		Kareler Toplamı	df	Ort. Kareleri	F	Sig.
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması	Gruplar Arası	12,595	7	1,799	4,921	0
	Gruplar İçi	127,246	348	0,366		
	Toplam	139,841	355			
Hastane personelinin yerinde bulunması	Gruplar Arası	10,177	7	1,454	4,099	0
	Gruplar İçi	122,711	346	0,355		
	Toplam	132,888	353			
Hasta şikâyetlerinin yapılabileceği bir birim bulunması	Gruplar Arası	41,72	7	5,96	3,066	0,004
	Gruplar İçi	347,906	179	1,944		
	Toplam	389,626	186			
Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi	Gruplar Arası	54,444	7	7,778	10,64	0
	Gruplar İçi	228,043	312	0,731		
	Toplam	282,488	319			
Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması	Gruplar Arası	10,746	7	1,535	3,777	0,001
	Gruplar İçi	139,818	344	0,406		
	Toplam	150,564	351			
Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması	Gruplar Arası	10,29	7	1,47	3,423	0,001
	Gruplar İçi	149,033	347	0,429		
	Toplam	159,324	354			
Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi	Gruplar Arası	12,616	7	1,802	2,091	0,044
	Gruplar İçi	296,475	344	0,862		
	Toplam	309,091	351			
Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği	Gruplar Arası	7,612	7	1,087	2,604	0,013
	Gruplar İçi	142,423	341	0,418		
	Toplam	150,034	348			
Doktorların hasta takibi yapabilme yeteneği ve imkânları	Gruplar Arası	9,577	7	1,368	2,037	0,05
	Gruplar İçi	224,318	334	0,672		
	Toplam	233,895	341			

Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı	Gruplar Arası	10,923	7	1,56	3,677	0,001
	Gruplar İçi	142,155	335	0,424		
	Toplam	153,079	342			
İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği	Gruplar Arası	29,346	7	4,192	5,409	0
	Gruplar İçi	259,668	335	0,775		
	Toplam	289,015	342			
Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı	Gruplar Arası	14,008	7	2,001	3,73	0,001
	Gruplar İçi	172,193	321	0,536		
	Toplam	186,201	328			
Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması	Gruplar Arası	6,57	7	0,939	2,279	0,028
	Gruplar İçi	142,071	345	0,412		
	Toplam	148,64	352			
Hastanenin havalandırma sistemi	Gruplar Arası	7,528	7	1,075	2,751	0,009
	Gruplar İçi	134,46	344	0,391		
	Toplam	141,989	351			
Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması	Gruplar Arası	20,774	7	2,968	2,812	0,007
	Gruplar İçi	343,034	325	1,055		
	Toplam	363,808	332			
Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması	Gruplar Arası	19,486	7	2,784	4,169	0
	Gruplar İçi	226,375	339	0,668		
	Toplam	245,862	346			
Hastanenin fiyatları	Gruplar Arası	25,669	7	3,667	3,101	0,004
	Gruplar İçi	367,767	311	1,183		
	Toplam	393,436	318			
Hastanenin güvenliği	Gruplar Arası	20,175	7	2,882	4,615	0
	Gruplar İçi	214,845	344	0,625		
	Toplam	235,02	351			
Hastanenin imajı ve başarısı	Gruplar Arası	13,977	7	1,997	6,141	0
	Gruplar İçi	107,301	330	0,325		
	Toplam	121,278	337			
TOPLAM	Gruplar Arası	6,929	7	0,99	4,654	0
	Gruplar İçi	74,011	348	0,213		
	Toplam	80,939	355			

Tablo 4.26’da servis hastalarının meslek gruplarına göre, hizmet kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklara bakıldığında, puan toplamlarının ortalaması ($F = 4,654, p \leq 0,05$) için H_0 reddedilmektedir.

“Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşması ($F = 4,921, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin yerinde bulunması ($F = 4,099, p \leq 0,05$)”, “Hasta şikâyetlerinin yapılabileceği bir merci (birim) bulunması ($F = 3,066, p \leq 0,05$)”, “Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi ($F = 10,641, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ($F = 3,777, p \leq 0,05$)”, “Hastane personelinin temiz ve bakımlı olması ($F = 3,423, p \leq 0,05$)”, “Tüm personelin hastalara eşit muamele etmesi ($F = 2,091, p \leq 0,05$)”, “Teşhis ve tedavi hususunda doktorların güvenilirliği ($F = 2,604, p \leq 0,05$)”, “Doktorların hasta takibi yapabilme yeteneği ve imkânları ($F = 2,037, p \leq 0,05$)”, “Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı ($F = 3,677, p \leq 0,05$)”, “İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği ($F = 5,409, p \leq 0,05$)”, “Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı ($F = 3,730, p \leq 0,05$)”, “Kışın ısıtma, yazın soğutma probleminin olmaması ($F = 2,279, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin havalandırma sistemi ($F = 2,751, p \leq 0,05$)”, “Tabelaların yeterli ve doğru yönlendiriyor olması ($F = 2,812, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması ($F = 4,169, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin fiyatları ($F = 3,101, p \leq 0,05$)”, “Hastanenin güvenliği ($F = 4,615, p \leq 0,05$)” ve “Hastanenin imajı ve başarısı ($F = 6,141, p \leq 0,05$)” ifadeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Ancak Scheffe testine göre tablo 4.27’deki ifadeler için H_0 reddedilmektedir.

Tablo 4.27. Servis Hastaları için Meslek Bağımsız Değişkeninin Memnuniyet Düzeylerini Tanımlayıcı Bağımlı Değişkenlere Etkisini Ölçen One-way ANOVA Scheffe Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken		Ort. Farkı	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
	Meslek					En Düşük	En Yüksek
Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşması	Ev Hanımı	Öğrenci	0,83	0,191	0,01	0,11	1,55
	Emekli	Öğrenci	0,78	0,196	0,028	0,04	1,52
	Diğer	Öğrenci	0,88	0,192	0,004	0,16	1,61
Hastane personelinin yerinde bulunması	Ev Hanımı	Öğrenci	0,82	0,197	0,016	0,08	1,57
Hasta şikâyetlerinin yapılabileceği bir merci (birim) bulunması	Ev Hanımı	Diğer	1,29	0,318	0,025	0,08	2,5
Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi	Memur	Ev Hanımı	-1,26	0,231	0	-2,13	-0,39
	İşçi	Ev Hanımı	-0,81	0,199	0,021	-1,57	-0,06
	Özel Sektör	Ev Hanımı	-1,21	0,284	0,013	-2,28	-0,14
	Emekli	Ev Hanımı	-0,56	0,139	0,026	-1,08	-0,03
	Diğer	Ev Hanımı	-0,9	0,126	0	-1,38	-0,43
Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması	Ev Hanımı	Öğrenci	0,9	0,211	0,012	0,11	1,7
İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği	Ev Hanımı	Öğrenci	1,5	0,291	0,001	0,4	2,6
	Diğer	Öğrenci	1,21	0,293	0,02	0,1	2,31
Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı	Ev Hanımı	Esnaf	0,78	0,203	0,045	0,01	1,54
		Diğer	0,41	0,106	0,036	0,01	0,82
Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması	Ev Hanımı	Diğer	0,5	0,115	0,011	0,06	0,93
Hastanenin güvenliği	Ev Hanımı	Esnaf	0,85	0,218	0,037	0,02	1,67
		Öğrenci	1,08	0,261	0,019	0,09	2,07
	Emekli	Öğrenci	1,01	0,267	0,047	0,01	2,02
Hastanenin imajı ve başarısı	Ev Hanımı	Esnaf	0,77	0,157	0,001	0,18	1,37
	Emekli	Esnaf	0,62	0,163	0,046	0,01	1,24
	Diğer	Esnaf	0,65	0,159	0,021	0,05	1,25
Toplam	İşçi	Öğrenci	0,6651	0,16587	0,027	0,0389	1,2913
	Özel Sektör	Öğrenci	0,7685	0,2015	0,045	0,0078	1,5292
	Ev Hanımı	Öğrenci	0,7379	0,14583	0,001	0,1874	1,2885
	Emekli	Öğrenci	0,7405	0,14943	0,001	0,1764	1,3046
	Diğer	Öğrenci	0,7515	0,14672	0,001	0,1976	1,3053

Tablo 4.27’de servis hastalarının meslek gruplarına göre, hizmet kalitesinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılıklara bakıldığında, öğrencilerin memnuniyet düzeyleri, işçi, özel sektör, ev hanımı, emekli ve diğer meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür. “Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaması” ifadesi için öğrencilerin memnuniyet düzeyleri, ev hanımı, emekli ve diğer meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden daha düşüktür. “Hastane personelinin yerinde bulunması” ifadesi için, öğrencilerin memnuniyet düzeyleri ev hanımlarından daha düşüktür. “Hasta şikâyetlerinin yapılabileceği bir merci (birim) bulunması” ifadesi için, ev hanımlarının memnuniyet düzeyi, diğer başlığı altındaki meslek grubunun memnuniyet düzeyinden yüksektir. “Hasta şikâyetlerinin hemen çözülmesi” ifadesi için, ev hanımlarının memnuniyet düzeyi, memur, işçi, özel sektör, emekli ve diğer meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden yüksektir. “Hastane personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması” ifadesi için, ev hanımlarının memnuniyet düzeyleri, öğrencilerinin memnuniyet düzeylerinden yüksektir. “İhtiyaç duyulan tüm tetkik ve tahlil işlemlerinin, sonuçlarının hızlı bir şekilde elde edilebilirliği” ifadesi için, öğrencilerin memnuniyet düzeyleri, ev hanımlarının ve diğer başlığı altındaki meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden düşüktür. “Yapılan tedavi etkinliğinin ve/veya operasyonun başarısı” ifadesi için, ev hanımlarının memnuniyet düzeyleri, esnaf ve diğer başlığı altındaki meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden yüksektir. “Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması” ifadesi için, ev hanımlarının memnuniyet düzeyleri diğer başlığı altındaki meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden yüksektir. “Hastanenin güvenliği” ifadesi için ev hanımlarının, esnaf ve öğrencilerden, emeklilerin yalnızca öğrencilerden memnuniyet düzeyleri yüksektir. “Hastanenin imajı ve başarısı” ifadesi için esnaf meslek grubunun memnuniyet düzeyi,

ev hanımı, emekli ve diğer başlığı altındaki meslek gruplarının memnuniyet düzeylerinden düşüktür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmaya veri elde etmek amacıyla anket uygulamasının gerçekleştirildiği Tokat Devlet Hastanesi, Sağlık Bakanlığı'nın nitelikli yatak olarak adlandırdığı, içinde banyosu tuvaleti, buzdolabı, televizyonu ve refakatçiler için dinlenme koltukları bulunan, en fazla iki kişilik odalara sahip bir hastanedir. Uygulamanın yapıldığı tarihten henüz 6 ay önce hizmet vermeye başlamış ve ISO 9001 2000 belgesine sahiptir. Tüm bu özelliklerin kendileriyle anket yapılan hastaların görüşlerini önemli ölçüde etkilediği gözlenmiştir. Ancak hizmetin kalitesini ve müşteri memnuniyetini birinci derecede etkileyen faktörün hekim, hemşire ve diğer çalışanların hastalarla iletişim biçimleri olduğu da göz ardı edilemeyecek bir gerçektir.

Hastaların demografik özelliklerine göre memnuniyet derecelerinde bir fark olup olmadığını istatistiksel olarak görmek amacıyla yapılan bu uygulamada bazı ifadeler için farklılık varken bazıları için olmadığı saptanmıştır.

Hastaların cinsiyet farklarının memnuniyet düzeylerini etkileyip etkilemediğine bakıldığında kadın hastaların memnuniyet düzeylerinin erkek hastaların memnuniyet düzeylerine göre genellikle daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yaş gruplarına göre memnuniyet düzeyleri arasında farklılık var mıdır sorusu için yapılan analizde, geçmiş dönemlerde sunulan sağlık hizmetleriyle bugünkü sağlık hizmetleri arasında kıyaslama yapabilmelerine de bağlı olarak, ileri yaştaki hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Öğrenim düzeylerine göre memnuniyet düzeylerine bakıldığında ise öğrenim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı görülmüştür. Memnuniyet düzeyi en düşük grubun lisans mezunları olduğu izlenmiştir.

Gelir gruplarına göre memnuniyet düzeyleri arasında poliklinik hastaları için istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır. Ancak servis hastaları yani yatarak tedavi gören hastalar için gelir düzeyinin, memnuniyet düzeyini etkilediği anlaşılmıştır. Yine burada da gelir düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığı gözlenmiştir.

Meslek gruplarında ise öğrencilerin memnuniyet düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yine bu durumda deneyimle ve kıyaslama yapabilme imkânıyla açıklanabilir.

Analizler sonucunda kadınların, ilkokul mezunlarının ve ev hanımlarının diğer gruplara göre memnuniyet düzeyleri genel olarak daha yüksekken “Hastanenin fiyatları” ifadesi için bu üç grubunda memnuniyet düzeylerinin, diğer gruplara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Araştırmanın neticesinde yapılan analizlerde kadınların büyük bir kısmının ev hanımı ve ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Bu hasta grubunun diğer konuların çoğundan memnunken hastanenin fiyatları ifadesinden ortak olarak memnun kalmamaları onların bu konuda yeterince bilgilendirilmemelerinden kaynaklanmaktadır.

Uygulama sırasında hastaların çoğunun hastanede aldıkları hizmetten ötürü kendilerinden alınan ücret konusunda net bir bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Eczanede alınan muayene ücretlerinin, aldıkları ilaçlarının yüzdeleriyle birlikte yekûn tutması hastaların kafasını karıştırmakta ve bu konudaki memnuniyet düzeylerini düşürmektedir. Emeklilerden, çalışanlardan, yeşil kartlılardan, aile hekimleri tarafından

sevk edilenlerden ne kadar muayene ücreti alındığı, kimlerin maaşından kesildiği, kimlerden nakit tahsil edildiği konusunda bir çalışma yapılmalı ve bu tüm potansiyel hastalara broşürlerle veya hastane banko çalışanlarının bilgilendirmesi gibi bir takım yöntemlerle anlatılmalıdır.

Hastanenin, özellikle servis bölümlerinde odaların yeni donanımla döşenmiş olması hasta memnuniyetini artırmaya yetmemektedir. Çünkü hastaların önemli bir kısmı odadaki birçok aracı nasıl kullanılacağını bilmemektedir. Örneğin sular akıyor diye şikâyetinde bulunan bir hastanın aslında muslukların elle değil otomatik olarak çalıştığını bilmediği, odanın soğuk veya sıcak olmasından şikâyet eden hastaların sıcaklığı kendilerinin ayarlayabileceklerini bilmedikleri anlaşılmıştır. Bu da fiziksel şartları iyileştirmenin kaliteyi artırmada bir faktör olduğunu, ancak personelin müşteriyle (hastayla) etkileşiminin çok daha önemli olduğunu göstermektedir. Hastalar aldıkları hizmet konusunda daha fazla bilgilendirilmelidir.

Ameliyat sonrası hastası ağrı çeken bir hasta yakınının, hemşireden yardım istemesi üzerine “ağrı kesici ver” cevabını alması, elindeki ilaçlardan hangisinin ağrı kesici olduğunu bilmemesi, bu yüzden ilacı verememesi sebebiyle hastanın ağrı çekmeye devam etmesi ve tekrar hemşireye sormaya cesaret edememesi hasta memnuniyetini düşüren olaylardan biridir. Ancak hemşireye tekrar danışmak üzere gitmekte çekinen hasta ve yakını, kendilerine yapılan anketin yalnızca araştırma maksadı taşıdığı anlatılsa da, gerçek memnuniyet düzeylerini ifade etmekte de çekingenlik göstermişlerdir.

Yukarıda personelle ilgili ortaya çıkan bir takım eksikliklerin, personelin kendi durumlarından memnuniyet düzeyleriyle ilgili olduğu veya müşteriyle (hastayla)

iletişim ve görevlerini yerine getirmenin şartları konularında yeterince eğitilmiş olmamalarından kaynaklandığı gözlenmiştir. Bu konuda bir saptama yapabilmek için başka bir çalışmada iç müşteri memnuniyetini ölçmek bakımından personele de bir anket uygulaması yapılabilir. Bu çalışma memnuniyet düzeyine demografik özelliklerin etki edip etmediğini konu edindiğinden anket yalnızca dış müşteri olan hastalara uygulanmıştır.

Hastaların demografik özelliklerinin hasta memnuniyetini etkileyip etkilemediğine dair yapılan bu çalışma sırasında literatürde hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetine yönelik birçok çalışma olduğu ancak kalitenin genellikle hizmeti sunan taraf açısından ele alındığı gözlenmiştir. Her ne kadar pazarlama yazınında tüketicinin demografik ve sosyo kültürel özelliklerinin tercihlerini etkilediği üzerinde durulsa da yönetim yazınında kalitenin belirleyici unsuru olan müşterinin özellikleri konusunda yeterince araştırmaya rastlanmamıştır. Algılanan hizmet kalitesini müşterinin geçmiş deneyimleri ve beklentileri belirliyorsa, hizmeti alan tarafların özelliklerinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Literatürde bu anlamda yapılacak çalışmaların sektörde faaliyet gösteren işletmeler ya da kurumlar içinde kime hizmet verdiklerini bilmeleri ve ona göre işlerini tanımlayabilmeleri açısından fayda sağlayacaktır.

Yine imkan elde edilebildiğinde başka bir çalışmada farklı bölgelerde yapılacak bir uygulamayla hastaların sosyo kültürel özelliklerinin memnuniyet derecelerine ne ölçüde etki ettiği araştırılabilir.

Yapılan bu çalışmayla ve buna benzer yapılacak başka çalışmalarla müşterilerin (hastaların) tam olarak beklentilerinin ne olduğu ve kendilerine sunulan hizmeti tam olarak nasıl algıladıkları anlaşılabilir. Hastaların beklentileri ve algılamaları daha iyi

anlaşılmış bir sistemde, sunulacak sağlık hizmetleri hastaların memnuniyet düzeylerini de doğal olarak artıracaktır.

Sağlık hizmetlerinde hata çoğu zaman tolere edilebilir bir şey değildir. Geç veya yanlış konulan bir tanı, yanlış uygulanan bir tedavi hastada onarılması güç veya imkânsız sonuçlara sebep olabilir. Sıfır hatayla çalışmak sağlık hizmetleri sunan bir sistemin en önemli şartıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri sektöründe kalite ve müşteri memnuniyeti, diğer tüm sektörlere görece çok daha önemlidir.

KAYNAKLAR

- Akdağ R. (Ed.) (2008), İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akgül A. ve Çevik O. (2003), İstatistiksel Analiz Teknikleri. Ankara: Emek Ofset.
- Aktan C. C. ve Işık A. K. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Aktan C. C. ve Saran U. (Ed.), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, (s.10-21). İstanbul: Aura Kitapları.
- Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S., Yıldırım E. (2005), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, SPSS Uygulamalı, (4. Baskı). Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Ardıç K. (1998), İç müşteri tatmini ile hizmet kalitesi ilişkisinin ölçülmesi (Bir mağaza zincirinde uygulama). Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ardıç K. ve Baş T. (2001), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi (Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama). Sosyal Bilimler Dergisi No:4.
- Aytar G. ve Yeşildal N. (2004), Yatan Hasta Memnuniyeti. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, Sayı: 3 (s 10-14)
- Balcı A. (2005), Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim, Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması, Ankara: Nobel.
- Baş T. (2006), Anket, (4. Baskı). Ankara: Seçkin.
- Berberoğlu U. (1999), Edirne Devlet Hastanesinin Kimi Polikliniklerinde Verilen 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Boyutları. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi/ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Bitner M. J., Booms B. H. ve Tetrault M. S., (1990), The Service Encounter Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. Journal of Marketing, Vol. 54, January, (s71-84).

<http://www.viktoria.se/~dixi/BISON/resources/bitner%20et%20al%201990.pdf>

Çatalca H. (2003), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. İstanbul: Beta.

Çınar H. (2010), 65 Yaş Üzeri Yaşlı Yatan Hastaların Hasta Tatmininin Değerlendirilmesi: İzmir İli Örneği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi / İ.İ.B.F. Dergisi.

Çiftçi C. (2004), Müşteri Memnuniyeti, Kalite ve Osmanlı Esnafı. Uludağ Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 7.

Devebakan N. Ve Aksaraylı M. (2003), Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üni. Sosyal Bilimler Ens. Dergisi Cilt 5, Sayı: 1.

Dursun Y. ve Çerçi M. (2004), Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. Erciyes Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, Sayı: 23, (s 1-16).

Ekinci M. B. (2008), Uluslararası Hizmet Ticaretinde Gelişmekte Olan Ülkeler ve Türkiye. İstanbul: İTO.

Eldem E. (2009), Hizmet Sektöründe Servqual Analizini Kullanarak Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulama Denemesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi / Fen Bilimleri Enstitüsü.

Elmacı O. (2003), Hastanelerde ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi Çalışmaları Eskişehir İli, SSK, Devlet Doğumevi ve Üniversite Hastanelerinde ISO 9001 Uygulama Sonuçlarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Erkılıç T. A. (2007), Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması, GAU J. Soc. & Appl. Sci., 2(4), (s50-62).
http://www.gau.edu.tr/PDFFiles/JSAS_002_04_PDF/JSAS_002_04_05_Erkilic.pdf, Erişim Tarihi: 7 Temmuz 2011.
- Eroğlu E. (2005), Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli, İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme Dergisi C: 34 Sayı:1 (s7-25).
- Gedikli C. (1998), Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gülmez M. (2005), Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, C: 6, Sayı: 2, (s 147-169).
- Gülmez M. ve Kitapçı O. (2008), Hastane Hizmet Kalitesi Bir Uygulama. H.Ü., İ.İ.B.F. Dergisi, C: 26, Sayı:1, (s 165-186).
- Iacobucci D. ve Ostrom A. (1995), Distinguishing Service Quality and Customer Satisfaction: The Voice of the Consumer. Journal of Consumer Psychology, 4(3), (277-303).
<http://www.kentgrayson.com/Grayson%20Archive/satisfcationjcp.pdf>
- Hayran O. ve Sur H. (Ed.) (1998), Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce.
- Kapucu H. H. (2007), Kütüphane Hizmetlerinde Müşteri Tatmini ve Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karafakıoğlu, M. (1998), Sağlık Hizmetler Pazarlaması. İstanbul: Dönence.
- Karahan A. (2000), Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirilmesi Afyon Göğüs Hastanesinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Karasar N. (2010), Bilimsel Araştırma Yöntemi, Kavramlar, İlkeler, Teknikler, (21. Baskı). Ankara: Nobel.
- Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. (2010), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, (2. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya S. (2005), Sağlık Hizmetlerinde Sürekli İyileştirme. Ankara: Pelikan.
- Koç E. (2007), Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri: Global ve Yerel Yaklaşım. Ankara: Seçkin.
- Koçel T. (2007), İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik, Modern, Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar, (11. Baskı). İstanbul: Arıkan.
- Kotler P. ve Armstrong G. (2001), Principles of Marketing, (9. Baskı). New Jersey: Prentice Hall.
- Kurtulmuş S., (1998), Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri.
- Mollahaliloğlu S., Bora Başara B., Eryılmaz Z. (Ed.) (2011), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html>
- Odabaşı Y. (2010), Müşteri İlişkileri Yönetimi, (8. Baskı). İstanbul: Sistem.
- Özatkan Y. (2008), Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özcan M., Özkaynak V., Toktaş İ. (2008), Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi, C:35, Sayı: 2 (s96-101).

- Özgül P. (2007), Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Şikayetleri Üzerine Bir Alan Araştırması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öziç S. (2007), Measurement of Quality In Health- Care Sector: Application of Servqual Method In Celal Bayar University Hospital. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öznlbant Z. (2010), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üni. Yayın No:77.
- Öztürk S. A. (1998), Hizmet Pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Pala K. (2007), Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Bursa.
<http://www.istabip.org.tr/ailehekimligi/tinr.pdf>, Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2011.
- Parasuraman A, Zeithaml V. A., Berry L. L. (1985), A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journl of Marketing Vol. 49, (s45-50).
http://www.aesl.nccu.edu.tw/paper_reading/2006/Katrina_2006_09_25.pdf
Erişim Tarihi: 09 Temmuz 2011.
- Saran U. (2004), Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Kalite Odaklı Yaklaşım. Ankara: Atlas.
- Sarp N. (2007), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Aktan C. C. ve Saran U. (Ed.), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, (s.491-519). İstanbul: Aura Kitapları.
- Seçim H., Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri,
<http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm>, Erişim Tarihi: 06 Haziran 2011.
- Seçim H., Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri,
<http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>, Erişim Tarihi: 06 Haziran 2011.

- Serbest N. (2006), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi/ Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Seyran D. (2004), Hizmet Kalitesi, Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı. İstanbul: KalDer.
- Shortell S. M. ve Kaluzny A. D. (1997), Essential of Health Care Management. United States of America : Thomson Learning. <http://www.google.com/books>
- Stinnett B. (2008), Müşteri Gibi Düşün, Keremoğlu S. (Çev.). Ankara: ODTÜ.
- Şahin T. K., Bakıcı H., Bilban S., Dinçer Ş., Yurtçu M., Günel E. (2005), Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması, Genel Tıp Derg, 15(4), (s137-142).
- Tarım M. (2009), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Coşkun A. ve Akın A. (Ed.), Sağlık Hizmetleri Yönetim Rehberi, (s 65- 89). Ankara: Seçkin.
- Taş D. (2009), Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Taşdemir M. (1998), Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi/ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Tengilimoğlu D. (2011), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M. (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel.
- Timur N. (Ed.) (1994), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, (6. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. <http://books.google.com.tr/books>

TÜSİAD, (2004), Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri. İstanbul: Lebib.

Uzkesici N. (Ed.) (2002), Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, 2002. <http://books.google.com.tr/books>

Ünal S. (Ed.) (2008), Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti. Ankara: Detay.

Üreten S. (2005), Üretim ve İşlemler Yönetimi (Stratejik Kararlar ve Karar Modelleri), (5. Baskı). Ankara: Gazi.

Vavra T. G., Günay G. (Çev.) (1999), Müşteri Tatminin Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları. İstanbul: KalDer.

Yamak O., (1998), Kalite odaklı yönetim. İstanbul: Panel Matbaacılık.

Yazgan M. (2009), Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yunus N. K. Y., Azman Ismail A, Juga Z. R., Ishak S. (2009), Service Quality Dimensions, Perceive Value and Customer Satisfaction: ABC Relationship Model Testing. IBEJ Vol.2 Issue No.1, (s01-18).

Zeithaml V. A. ve Bitner M. J. (1996), Services Marketing. New York: The McGRAW-HILL.

Zerenler M. ve Öğüt A. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği.
http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler/, Erişim Tarihi: 10 Ocak 2011.

http://www.ekodialog.com/Hizmet_Ekonomisi/hizmet_ekonomisi_gelisimi.html, Erişim Tarihi: 02 Haziran 2011.

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=315:toplum-sal-merkezleri&Itemid=247, Erişim Tarihi: 26 Haziran 2011.

http://ketem.org/ketem_nedir.php, Erişim Tarihi: 26. Haziran. 2011.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2011.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319.pdf> Erişim Tarihi: 11 Temmuz 2011.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Kalite Standartları

http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm, Erişim Tarihi: 16 Temmuz 2011.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeli.html>, Erişim Tarihi: 25. Temmuz 2011.