



**T.C.
TOROS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME EKONOMİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜN'DE HASTA MEMNUNİYETİNİN
HASTANE TÜRLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI: DEVLET
HASTANESİ VE ÖZEL HASTANELERDE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Niyan ABDULNABİ**

2012_MERSİN

T.C.
TOROS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME EKONOMİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK SEKTÖRÜN'DE HASTA MEMNUNİYETİNİN
HASTANE TÜRLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI: DEVLET
HASTANESİ VE ÖZEL HASTANELERDE BİR UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Niyan ABDULNABİ

Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr.Mehmet MİMAN

2012_MERSİN

KABUL VE ONAY

Niyan ABDULNABİ tarafından hazırlanan “SAĞLIK SEKTÖRÜN’DE HASTA MEMNUNİYETİNİN HASTANE TÜRLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI: DEVLET HASTANESİ VE ÖZEL HASTANELERDE BİR UYGULAMA” başlıklı bu çalışma, [] tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Günta ÖZLER

Yrd. Doç. Dr. Mehmet MİMAN

Yrd.Doç.Dr. Mert AKTAŞ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Günta ÖZLER

Enstitü Müdürü

Önsöz

Bu çalışma sağlık sektörün'de hizmet kalitesini artırmak , hasta memnuniyetini incelemek ve Mersin'de devlet hastanesi ve bir özel hastanede hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışma kapsamında öncelikle, hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı açıklanmaya çalışılmış, uygulama bölümünde ise Mersin'deki devlet hastanesi ve bir özel hastaneye giden hastaların memnuniyetlerini; hastaların, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, hizmet aldıkları bölüm ve hastane çeşidine göre incelenmiştir.

Tezin her aşamasında akademik açıdan önderlik edip, bana yol gösteren tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Mehmet Mıman'a, Çalışmam süresince bana her türlü fırsatı tanıyan, değerli bilgileriyle katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Güntaş Özler'e ve Yrd.Doç.Dr. Mert AKTAŞ'a, tez çalışmamı gerçekleştirmek için bana izin veren devlet hastanesi ve özel hastanelerdeki başhekimlere, tez aşamasında yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma teşekkür eder, saygı ve sevgilerimi sunarım.

ÖZET

Bu çalışmada Sağlık Sektöründe hasta memnuniyeti ölçümü ve hastane türlerine göre devlet hastanelerinin ve özel hastanelerin karşılaştırılması yapılmıştır. Araştırma Mersin’de devlet hastanesi ve bir özel hastanenin 4 polikliniğinde (kardiyoloji,dahiliye, genel cerrahi ve kulak burun boğaz bölümlerinde) ayakta tedavi gören 400 hastaya anket uygulanmıştır.Bu çalışma hastane kalitesini analitik hiyerarşi yöntemi ile ölçerek kapsamlı bir model gelişimini amaçlar.Çalışma hastaların belirledikleri önceliklere göre hastane tiplerini karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Özel ve devlet hastanelerinden seçilen dört polikliniğin hizmetlerinde algılanan kalite unsurunun boyutlarını ortaya çıkarmakta ve bu boyutların hastane türüne göre genel hasta memnuniyeti ile olan ilişkilerini incelemektedir.

Çalışmada öncelikle AHP yöntemi kullanılmış olup, polikliniklere(kardiyoloji, dahiliye ,genel cerrahi ve kulak burun boğaz) gelen hasta beklentilerine dayanarak kriterlerin önceliklerinin belirlenmesi ve hastane türünün kıyaslanması sağlanmıştır. Daha sonra Faktör Analizi, Anova ve T testleri yapılarak kriterlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosoyal güvence, hizmet aldıkları bölüm ve hastane türü) hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti , Hasta Memnuniyeti

ABSTRACT

In this study patient satisfaction measurement and comparison has been carried out with respect to the types of hospitals in state public and private hospitals in health sector.

Research has been performed at Mersin State in public and private hospitals at 4 polyclinics (cardiology, internal diseases, general surgery and otolaryngology) Survey conducted on 400 outpatients.

This study evaluates the quality of hospitals by analytic hierarchy method and attempts to develop a more comprehensive model. Study determines comparison of hospital types according to patient priorities.

We have tried to examine the perceived quality attributes of services provided by our four polyclinics picked out from the pool of state, public and private hospitals

In this study, AHP technique (Analytical Hierarchy Process) was used as the main instrument of Analysis, on the basis of patient expectations who have visited these polyclinics(cardiology, internal diseases, general surgery and otolaryngology) priorities of evaluative criteria were determined and ranked by the types of hospital. In addition, Factor Analysis, Analysis of Variance(ANOVA) and independent comparisons (t-test) have been employed to determine the respective weights of such variables as age, gender, level of education, status of social security and of clinic and hospital.

Keywords: Health Service, Patient Satisfaction

İçindekiler

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iiiv
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ	viii
EK LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1	4
1.1 SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ	4
1.1.1 SAĞLIK KAVRAMI	4
1.1.2 SAĞLIK HİZMETİ	4
1.1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİ ORTAYA ÇIKARAN NEDENLER	5
1.1.4 SAĞLIK HİZMETİ SEKTÖRÜNÜN ÖZELLİKLERİ	6
1.1.5 SAĞLIK HİZMETİNDE KALİTE	7
<i>1.1.5.1 Kalite Boyutları</i>	8
<i>1.1.5.2 Kalite Prensipleri</i>	9
1.2 SAĞLIK HİZMETLERİNİN GRUPLANDIRILMASI	10
1.2.1 KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ	10
<i>1.2.1.1 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri</i>	10
<i>1.2.1.2 Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri</i>	11
1.2.2. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ	11
1.2.3 REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	12
1.3 SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ	12
1.3.1 MÜŞTERİ (HASTA) KAVRAMI	13
<i>1.3.1.1 İç Müşteri Kavramı</i>	14
<i>1.3.1.2 Dış Müşteri Kavramı</i>	15
1.3.2. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	15
1.3.3 MÜŞTERİ (HASTA) BEKLENTİLERİ	16
1.3.4 MÜŞTERİ (HASTA) İHTİYAÇLARI	18
1.3.5 MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ	18
1.3.6 MÜŞTERİ (HASTA) SADAKATI	20
1.3.7 MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ OLUŞTURMA SÜRECİ	20
1.3.8 MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİNİN PERFORMANS ÖLÇÜMÜ	21

BÖLÜM 2.....	23
2.1 ANALİTİK HİYERARŞİ PROSESİ (SÜRECİ).....	23
2.1.1 AHP' NİN UYGULAMA ALANI.....	24
2.1.2 AHP' NİN ADIMLARI	25
2.1.3 AHP AVANTAJLARI	30
2.1.4 AHP' NİN DEZAVANTAJLARI.....	30
2.2 AHP UYGULAMASI VE ANALİZİ.....	30
2.2.1 KARAR HİYERARŞİSİNİN İNŞASI.....	30
2.2.2 KRİTERLERİN ÖNEMİNİ BELİRLEME	34
2.2.3 İKİLİ MATRİSİ OLUŞTURMAK.....	34
2.2.4 AĞIRLIKLARIN HESAPLANMASI	35
2.2.5 TUTARLILIK ORANI	36
2.2.6 GENEL TUTARLILIK ORANI.....	41
BÖLÜM 3.....	43
3.1 SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HASTA MEMNUNİYET ANALİZİ.....	43
3.1.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU VE KAPSAMI	43
3.1.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	43
3.1.3 ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	43
3.1.4 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SEÇİMİ	43
3.1.5 ARAŞTIRMANIN GÜVENİRLİK TESTİ	44
3.1.6 ARAŞTIRMA BULGULARI	44
3.2 HİPOTEZLERİN TEST EDİLMESİ.....	47

Şekiller Listesi

ŞEKİL 1	21
ŞEKİL 2	26
ŞEKİL 3	33

Tablo Listesi

TABLO 1	27
TABLO 2	29
TABLO 3	31
TABLO 4	34
TABLO 5	35
TABLO 6	35
TABLO 7	36
TABLO 8	36
TABLO 9	37
TABLO 10	37
TABLO 11	38
TABLO 12	38
TABLO 13	38
TABLO 14	39
TABLO 15	39
TABLO 16	39
TABLO 17	39
TABLO 18	39
TABLO 19	40
TABLO 20	44
TABLO 21	44
TABLO 22	45
TABLO 23	45
TABLO 24	46
TABLO 25	46

Ek Listesi

EK 1	82
------------	----

GİRİŞ

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.¹

Çağdaş dünyada her bireyin, sağlık içinde yaşama, sağlığını koruyup geliştirebilme hakkına sahip olduğu kabul edilmektedir. Her hastanın, ihtiyacı olan sağlık hizmetine kolayca ulaşabilmesi, toplumun güvencesi altında olmalıdır. Sağlık hizmeti, herkese hakkaniyetle ve onurlu bir biçimde sunulmalıdır. Nitekim Anayasanın 17. Maddesinde “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir”; 56. maddesinde ise “Herkes, sağlıklı yaşama hakkına sahiptir.” Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu kesimlerinde ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevli kamu kuruluşları olarak hastane yönetimlerinin, bu görevlerini yerine getirirken kaliteyi önemsemeleri ve bu yönde girişimlerde bulunmaları, müşteri ilişkileri ve müşteri memnuniyetine gereken özeni gösterip, çalışanlarla birlikte hastalara karşı memnuniyeti artırıcı faaliyetleri benimsemeleri gerekmektedir.²

Müşteri memnuniyeti, müşterilerin tüm istek, beklenti ve ihtiyaçlarının giderilmesi olarak tanımlanmaktadır.³ Müşteri memnuniyetini gerçekleştirmeyi amaç edinmek ve başarmak, uzun vadeli örgütsel başarıda en önemli faktörlerden biridir.⁴

1. ZERENLER Muammer, **ÖĞÜT** Adem “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırılması” Konya

2.Sağlıkta performans ve kalite dergisi (BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ) Yıl:1 Sayı: 2 • 2010

3.Aslan Ş, Sezgin M, Haşiloğlu S.B. Özel sağlık kuruluşlarında müşteri memnuniyeti ve memnuniyeti oluşturan unsurların araştırılması. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008;20:24-40.

4.YAĞCI Mi, Duman T. “Hizmet kalitesi - müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması” Doğu Üniversitesi Dergisi 2006;7:218-238.

Bu faktörlerin ihmalî durumunda kalite, memnuniyet ve maliyet konularında sorunlar artacaktır. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinde kalitenin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.⁵

Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar; sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamu kuruluşlarında gerekse özel sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulduğu ve ölçüm çalışmalarının yaygınlaştığı görülmektedir.^{5,6}

Hasta tatminini belirleyen birinci faktör, hasta beklentileri, ikinci faktör ise hastanın aldığı hizmeti algılamasıdır⁷. Hasta memnuniyeti; hastaların istekleri ve beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanabilir.^{8,9,10} Hasta memnuniyetini sağlamak kadar hasta memnuniyetinde süreklilik de önemlidir. Hastanelerin tekrar tercih edilmesi ve özellikle geliştirilmesi gereken hizmetlerin saptanabilmesi için hasta memnuniyeti anketleri periyodik olarak uygulanmalıdır.^{11,12}

Hasta memnuniyet araştırmaları sağlık sisteminin yönetilmesi ve tasarlanması için vazgeçilmez bir kalite değerlemesidir. Bu tür araştırmalar, hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin geliştirilmesine veya yeniden planlanmasına yardımcı olmaktadır.¹³

5.Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek U.C, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S. İstanbul'da bir Tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal* 2008 ; 21:33-4.

6. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine* 2001;52:1359-1370.

7.YILMAZ, Meryem; (2001), "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 5(2), ss.69-74.

8. Kavuncubaşı, Ş. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitapevi. Ankara 2000;294.

9. Ali S, Hina A, Mehvish R, Ali R. Impact of process improvement on patient satisfaction in public health care facility in Pakistan. [http://www.ep.liu.se/ecp/033/041/ecp0803341\(2010\)2008;4-10](http://www.ep.liu.se/ecp/033/041/ecp0803341(2010)2008;4-10).

10.Topaçoğlu H. Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörlerin analizi, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi 2002;8

11.Sarp N, Tükel B. İbn-i Sina hastanesinde hasta memnuniyeti araştırmaları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1999;52:147-151.

12. Margolis, S, Almarzouqı S, Revel T, Reed R. Patient satisfaction with primary health care service in the United Arab Emirates, *International Journal For Quality Health Care* 2003;23:241-249.

Bazı araştırmacılara göre memnuniyeti oluşturan faktörler, farklı koşullarda değişebilir veya bir faktörün etki düzeyi değişebilir.¹⁴

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hastaya ilişkin özellikler, hizmet verenlere ilişkin özellikler ve kurumsal özellikler olmak üzere e ayrılabilir:

Hastaya ilişkin zellikler: Hastanın yaşı, cinsiyeti eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, hastalığının cinsi ve hastanede kalış sresidir.

Hizmet verenlere ilişkin zellikler: Sağlık personelinin kişilik özelliği, eğitim düzeyi, hastaya gösterilen Őfkate, ilgi ve nezaket olarak sıralanabilir.

Kurumsal zellikler: Sağlık hizmetinin verildiği hastanenin devlet, niversite veya özel hastane olması ile fiziki (aydınlattma, ısı, havalandırma bekleme salonları, otopark vb.) imkanlar bu çerçeveye girer.

Bu alışmada Mersin'deki devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin çeşitli boyutlarıyla araştırılması ve karşılaştırılması amalanmıştır.¹⁵

13.Mandharia A.S, Hassanb A.A, Haranb D. Association between perceived health status and and satisfaction with quality of care: Evidence from users of primary health care in. Oman Family Practice 2004;21:519-527.

14.Andaleeb S.S, Conway C. Customer satisfaction in the restaurant industry: an examination of the transaction-specific model. Journal of Services Marketing 2006;20:3-11.

15. Özer A, akıl E. "Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler". Tıp Araştırmaları Dergisi 2007;5:140-143.

BÖLÜM 1

1.1 SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ

1.1.1 Sağlık Kavramı

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir.¹⁶

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir.

Sağlık, tüm ulusların temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol oynayan bir kavramdır. Ayrıca tüm ülkelerde sağlık sektörü, reel ekonomi içerisinde, oldukça yüksek pay alan bir yoğunluğa sahiptir. Dolayısıyla sağlık sistemlerinde kaynakların etkin ve verimli kullanımı ve bu bağlamda da kaliteli hizmet üretimi ön plana çıkmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri de artık binalarının büyüklüğü ile değil sağlık göstergeleri ile ölçülmektedir.¹⁷

1.1.2 Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmetleri genel olarak sağlığın korunması, teşhis, tedavi ve bakım için bireysel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak bilinmektedir. Bu bağlamda bireyin ve toplumun sağlığını korumak, hastalananların tedavisinin sağlanması, tedavi olup tam olarak iyileşemeyen sakat kalanların diğer insanlara bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürülebilmesi için yapılan planlı çalışmaların tümü "sağlık hizmetleri" olarak adlandırılabilir.¹⁸

16.AKIN, Cemil Serhat (2007), "Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları", Yüksek Lisans Tezi, Adana

17.KESKİN Coşkun ve TOPUZOĞLU Ahmet, (2006), Sağlığın Tanımı, *Journal of İstanbul Kültür University*, 3 pp.48.

18.ODABAŞI Yavuz, (1994), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, s. 25.

Sağlık hizmetlerini toplumsal alanda etkili olabilmesi, başka bir ifadeyle toplumun sağlık statüsünde arzulan değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olmalıdır. Etkili sağlık hizmetinde özellikler; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimliliklerdir.¹⁹

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır.²⁰

1.1.3. Sağlık Hizmetlerini Ortaya Çıkaran Nedenler

Sağlık ile ilgili hizmetlerin şunlar sonucu ortaya çıktığını söylemek mümkündür: nüfus artışı, beklenen ortalama yaşam süresinin uzaması ve sağlık eğitim bilincinin yükselmesi. Bu nedenlerle sağlık hizmetlerine olan talebin artması, sürekli gelişen ve giderek maliyeti artan yüksek tıbbi teknolojinin tüm hizmet süreçlerinde yaygın kullanımı, tedavisi daha pahalı kronik hastalıkların önem kazanması sağlık hizmetleri talebini etkilediği görülmektedir.²¹

Sağlık hizmeti, insanların deneyiminin olmadığı, bu nedenle de kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı, ancak alması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmettir.²² Aynı zamanda, hasta ile hizmeti sunan kişi veya kurum arasında tıbbi faaliyet olmasının yanı sıra söz konusu kişilerin karşılıklı olarak birbirleri ile diyalog kurmasını gerektiren bir sosyal faaliyeti de kapsayan bir hizmettir.²³

19. KAVUNCUBASI Şahin, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.

20. Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2005), "Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları" Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(2) 26-34

21. AŞKAR Abdullah, (2006), *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Kütahya, s 15.

22. TERAKYE Gülşen, (2004), Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir? Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum.

23. TARIM Mehveş, (2000), Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını No:38, Ankara, s:1025.

1.1.4 Sağlık Hizmeti Sektörünün Özellikleri

“Hizmet genel anlamıyla, insanların gereksinimlerini gidererek yarar ve/veya doyum sağlayan, soyut faaliyetler bütünüdür. Hizmet sektörünün özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Hizmet fiziksel olarak boyutlandırılmaz ve tanımlanamaz. Bunun nedeni hizmetin statik ya da stok değil, dinamik oluşudur.
- Hizmet depolanamaz, saklanamaz ve geri kazanımı mümkün değildir. Bir kez arz edildikten sonra tüketilmiş demektir. Ancak, tekrar edilebilir. Hizmet üretildikçe tüketilir. Üretim ve tüketim birbirinden ayrılamaz. Birbirinin tamamlayıcısıdır ve hizmet talep edenle hizmet sunanların etkileşimlerine neden olur.
- Hizmet sunumunda insan faktörü daha da önem kazanır. Çünkü hizmet, insan davranışları ile yönlendirilen bir dizi faaliyetten oluşur. Bu faaliyetler süreçleri ve nihayetinde hizmeti oluşturur. Bu nedenle hizmet sunumunda insan ilişkileri hizmetin önemli bir parçasıdır. Kaliteyi geliştirmek ve müşteri beklentilerini tatmin etmek için çalışanları motive etmek, çalışanların tecrübe ve yeterliliklerini geliştirmek büyük önem taşır.
- Hizmet, fiziki ürün gibi test veya muayene edilemez. Ancak, hizmetin sunumu ve kalitesini etkileyen fiziksel şartlar ve nesnelere test veya kontrol edilebilir. Örneğin işlem sayıları ve işlem hızları test edilebilir. Ancak, işlemin sunumu esnasında müşteriye davranış, müşterinin bu davranış karşısındaki hoşnutluğu veya hoşnutsuzluğunu, müşteriye ulaşarak onun düşüncelerini doğru bir biçimde ölçmeden tespit etmek mümkün değildir. Bu nedenle hizmet sektöründe müşteri memnuniyetini ölçmeye yönelik anket veya diğer araştırmaların önemi daha da artmaktadır.
- Fiziki ürünler için belli bir kullanım ömrü söz konusu iken hizmet için böyle bir şey söz konusu değildir. Hizmetin kullanım ömrü değil, ancak sürekliliğinden bahsedilebilir.
- Hizmetin zaman boyutu vardır. Hizmetin talep edilen zamanda ve en kısa sürede sunulması önem taşır. Gecikmeli olarak yapılan hizmet sunumları memnuniyetsizliğin en önemli nedenlerindedir.
- Hizmet talebe bağlı olarak verilir.

- Hizmet sektöründe personel yönetimi daha büyük önem taşır; çünkü verilen hizmet kalitesinde insan faktörünün etkisi fiziki ürün kalitesine oranla daha fazladır. Bu nedenle personelin seçimi, eğitimi, geliştirilmesi, oryantasyonu ve motivasyonu konularına daha fazla önem verilmesi gerekir.
- Nihai müşterilere hizmetler genellikle, kuruluştaki en düşük ücreti alan, banko arkasında çalışanlar tarafından verilir. Bu nedenle kuruluş hiyerarşisinde en altta olanlar, aslında, hizmetin kaliteli sunumunda en fazla öneme sahip olanlar olarak ortaya çıkmaktadır.
- Kalitenin objektif ve subjektif boyutu vardır. Kalite bir yönü ile objektiftir; çünkü kişisel duyu hislerden bağımsız somut kriterlere ve önceden yapılan somut tanımlara, şartnamelere, standartlara ve spesifikasyonlara bağlı olarak ölçülebilir. Kalite bir yönü ile de subjektiftir; çünkü kalite insanın değer yargılarından, beğenilerinden ve psikolojisinden de etkilenmektedir. Kalitenin objektif kavramlarına ölçüm, sayı, veri, problemler, subjektif kavramlara duygu, heyecan, tatmin örnek verilebilir”.²⁴

1.1.5 Sağlık Hizmetinde Kalite

“Kalite, müşterinin beklentilerini ve isteklerini sürekli karşılayacak ürün veya hizmet üretmektir” şeklinde bir tanımlama yapılabilir. Kalite kavramının temelinde “müşteri” vardır. Çünkü müşteriler, işletmelere değil, işletmelerin varlığı müşterilere bağlıdır.²⁵

Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı, farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavram olup tanımlanması zordur²⁶

Sağlıkta kalite, standartlara uygunluğun yanı sıra mümkün olduğunca hasta beklentilerinin ve isteklerinin karşılanabilmesini içerir. Kalite, birbirini tamamlayıcı iki bölümden oluşmaktadır. Bunlar;

- Gerçek kalite
- Algılanan kalite

24.TAKAN Mehmet, “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Önemi”, **Banka ve Ekonomik Yorumlar** (Ağustos, 1998), s.48-49

25. DEDHÍA, N.S., “Global Perspectives On Quality”, Total quality Management, Vol: 12, No: 6, 2001.

26.Yılmaz M.(2001). “Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti”. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 5 (2)

Gerçek kalite, belirlenmiş standartlara uygunluğu gösterir. Algılanan kalite müşteri beklentilerinin karşılanmasını ifade eder. Bunların ikisinin birden var olması esastır. Biri eksik kalırsa “kalite” olabileceği düzeyin altında olacaktır.

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı: uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması olarak da tanımlanabilir.²⁷

1.1.5.1 Kalite Boyutları

Mal ve hizmet kalitesinin algılanmasına ilişkin yapılan araştırmalarda tespit edilen kalite boyutları şunlardan oluşmaktadır:²⁸

- 1.Görüntü:** Organizasyondaki fiziki araç ve gereçlerin, personelin iletişim araçlarının görüntü açısından konumudur.
- 2.Güvenilirlik:** Organizasyonun hizmeti zamanında ve güvenilir bir şekilde yapabilme durumudur.
- 3.Cevap Verme:** Organizasyonun müşterilerinin isteklerine uygun cevap verme ya da uygun hizmet verebilme durumudur.
- 4.Yeterlilik:** Hizmetlerin yapılmasında kaliteli eleman istihdam edilmesidir.
- 5. Nezaket:** Personelin müşterilere nazik ve saygılı davranıp davranmamasıdır.
- 6.Kredibilite:** Organizasyonda istihdam edilen elemanların dürüstlüğü ve kredibilitesidir(itibarlı, inanılır, güvenilirli olmak).
- 7. Güvenlik:** Organizasyonda yapılan hizmetlere güvenin olması; üretilen mal ve hizmetlerde tehlike, risk ve şüphenin olmaması.
- 8.Ulaşılabilme:** Gerek hizmete ve gerek personele kolayca ulaşabilme durumudur.
- 9.İletişim:** Müşterilerin anlayacağı dilden konuşma ve onları dinleme durumudur.
- 10.Müşteriyi Anlama:** Müşterileri ve ihtiyaçlarını tanımaya çalışmadır

27.DOĞAN, S., 2004. “Üç İlerdeki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

28. Uyguç Nermin, **Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi**, İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1998, s.41-49.

1.1.5.2 Kalite Prensipleri

Uluslararası Standart Kuruluşu tarafından yayınlanan ve halen tüm dünya ülkelerinde Belgelendirme Modeli olarak kullanılmakta olan TS EN ISO 9001 standardında temelde sekiz kalite prensibi olduğu vurgulanmıştır.

Bunlar Türk Standartlar Enstitüsü (TSE) tarafından da benimsenmiştir.²⁹

1. Müşteri Odaklılık: Kuruluşlar müşterilerine bağlıdırlar, bu nedenle müşterinin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını anlamalı müşteri şartlarını yerine getirmeli ve müşteri beklentilerini de aşmaya istekli olmalıdırlar.

2. Liderlik: Liderler, kuruluşun amaç ve idare birliğini sağlar. Bunlar, kişilerin, kuruluşun hedeflerinin başarılmasına tam olarak katılımı olduğu için, iç ortamı oluşturmalı ve sürdürmelidir.

3. Kişilerin Katılımı: Her seviyedeki kişiler bir kuruluşun özüdür ve bunların tam katılımı yeteneklerinin kuruluşun yararına kullanılmasını sağlar.

4. Proses Yaklaşımı: Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir süreç olarak yönetildiği zaman daha verimli olarak elde edilir.

5.Yönetim Sistem Yaklaşımı: Birbirleri ile ilgili proseslerin (süreçlerin) bir sistem olarak tanımlanması, anlaşılması ve yönetilmesi, hedeflerin başarılmasında kuruluşun etkinliğine ve verimliliğine katkı sağlar.

6.Sürekli İyileştirme: Kuruluşun toplam performansının sürekli iyileştirilmesi, kuruluşun kalıcı hedefi olmalıdır.

7.Karar Vermede Gerçekçi Yaklaşım: Etkin kararlar, verilerin analizine ve bilgiye dayanır.

8.Karşılıklı Yarara Dayalı Tedarikçi İlişkileri: Bir kuruluş ve tedarikçileri arasındaki karşılıklı yarar ilişkisi, her ikisinin artı değer yaratması yeteneğini takviye eder.

²⁹ <http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>;

1.2 SAĞLIK HİZMETLERİNİN GRUPLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Sağlık kurumları, ürettikleri temel sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri olarak üç ana grupta toplanmıştır.³⁰

1.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir. Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü vb. hizmetlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içerisinde iki şekilde sınıflandırabiliriz.

1.2.1.1 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir.

- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılarla mücadele,
- Besin sanitasyonu, (hijyen ve sağlık koşullarının oluşturulması, devam ettirilmesi)
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- Radyolojik zararların denetimi

30.KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), *Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara

1.2.1.2 Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yedi madde altında toplanmaktadır. Bunlar³¹

- Bağışıklama(spesifik virüs ve bakterilerin meydana getirdiği hastalıklardan korumak üzere vücudun kendi bağışıklık sistemini hazır hale getirmesidir yani mikroorganizmalara karşı bağışıklık sisteminin kendi savunmasını oluşturmasına yardım eder),
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- Ana- çocuk sağlığı hizmetleri,
- Aşırı doğurganlığın denetimi,
- İlaçla koruma,
- Kişisel hijyen,
- Sağlık eğitimi,
- Yeterli ve dengeli beslenme

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık durumu bozulan hastaların eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katılımları ile gerçekleşir. Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak üç sınıfa ayrılır. Buna göre³²

- **Birinci basamak tedavi hizmetleri:** Hastaların ilk başvurdukları sağlık ocağı, sağlık evleri gibi sağlık kurumlarında ayakta yapılan tedavi uygulamalarıdır
- **İkinci basamak tedavi hizmetleri:** Hastaların tanı ve tedavisinin birinci basamak sağlık kuruluşları (sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, özel poliklinikler vb.) tarafından yapılamadığı durumlarda devlet hastanelerinde veya özel hastanelerde ayakta ya da yatarak tedavi olmalarıdır.

- **Üçüncü basamak tedavi hizmetleri:** Tedavi hizmetleri özel uzmanlık ve yüksek teknoloji gerektiren uygulamaların yapıldığı üniversite hastaneleri ve diğer tam teşekküllü sağlık kuruluşlarında yapılır. Üçüncü basamakta ve ikinci basamakta tedavisi yapılamayan hastalara hizmet verilir.

1.2.3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir.³¹

1.3 SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ

Memnuniyet, tatmin edici bir durum olarak düşünülebilir. Müşteri çerçevesinden bakıldığında memnuniyet, belirli bir alışveriş sonucunda müşterinin ihtiyaçlarının karşılanma derecesi olarak tanımlanabilir.³³

Müşteri memnuniyeti, beklentiler ile algılanan ürün performansı arasında yapılan karşılaştırma sürecinin bir sonucu olarak da tanımlanabilir. Beklentilerin üzerindeki performans müşteriler tarafından olumlu şekilde, beklentilerin altındaki performans ise olumsuz şekilde karşılanacaktır. Bu karşılama derecesi direkt olarak memnuniyet üzerinde belirleyici olmaktadır.³⁴

Hasta memnuniyeti ile müşteri memnuniyeti kavramları birbirleri ile paralel olarak düşünülebilir. Müşteri memnuniyeti, sağlık hizmetleri için söz konusu olduğunda araştırmacılar tarafından “hasta memnuniyeti” olarak kavramsallaştırılmıştır.³⁵

31.HAYRAN, Osman (1998), “Sağlık Hizmetleri El Kitabı”, Yüce Yayın, İstanbul

32.KAVUNCUBAŞI, Şahin (2001), *Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara

33.OLIVER, Richard L.; (1999) “Whence Consumer Loyalty”, **Journal of Marketing**, 63, ss.33- 44.

34.WANGENHEIM, Florian v. ve Tomas BAYON; (2006), “Satisfaction, Loyalty and Word of Mouth within a Firm’s Consumer Base: Differences Between Stayers, Switchers and Referral Switchers”, **Journal of Consumer Behavior**, 3(3), ss.211-220.

35.MARLEY, Kathryn A.; David A. COLLIER ve Susan M. GOLDSTEIN; (2004), “The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals”, **Decision Sciences**, 25(3), ss.349-369.

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlarla, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklerle, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir işlemdir.³⁶

Görüldüğü gibi, hasta memnuniyeti birçok değişkenin sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Ancak memnuniyet kavramı tanımlarken yazarların en çok dikkat çektiği nokta, hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algılamaları arasındaki farktır³⁷

Hasta memnuniyeti, hasta bakım kalitesinin temel ölçütleri arasında sayılmaktadır.³⁸

1.3.1 Müşteri (hasta) kavramı

Müşteri, günümüzde işletmelerin en önemli varlığı ve yaşamlarını sürdürmek için ihtiyaç duydukları önemli kaynaklardan birisidir. Müşteri, genelde mal ya da hizmetlerin son kullanıcıları olarak tanımlanmaktadır.³⁹

müşteri hem işletme içerisinde ürünün veya hizmetin üretilip pazarlanmasına kadar gerçekleşen süreçte faaliyet gösteren çalışanlar hem de ürünü ve hizmeti satın alan işletme dışındaki kişiler olarak tanımlanmaktadır.

Müşteri bir ürünü veya hizmeti satın alan (kabul eden) kuruluş, kişi ya da kişilerdir. Müşteri kavramı sadece ürün satın alanları değil, işletmenin ürettiği mal ve hizmetlerden etkilenen her türlü potansiyel alıcıyı da kapsamaktadır.⁴⁰

36.ENGİZ, Oğuz; (2007) “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, internet Adresi:

<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>

37.AGUSTIN, Clara ve Jadgip SINGH; (2005), “Curvilinear Effects of Consumer Loyalty Determinants in Relational Exchanges”, **Journal of Marketing Research**, XLII, ss.96-108.

38.YILMAZ, Meryem; (2001), “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 5(2), ss.69-74.

39.Çınar, T. A., (2007): “İşletmelerin Müşteri Hizmet ve Müşteri Memnuniyeti İle Farklı Bölgeler İçin Müşteri Memnuniyeti Belirlemeye Yönelik Uygulama”, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı İşletme), Aydın

40.Eroğlu, E. (2005): “Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, Sayı 1, İstanbul

Günümüzde artık müşteri kavramının da sınırları genişlemiştir. Müşteri sadece parayı ödeyen kişi olmaktan çıkmış, kurumun ürettiği hizmetten yararlanan herkes birer müşteri olarak görülmeye başlanmıştır.

Günümüz iş dünyasında, müşteri kârlılığının farklılaşması ve kârın belirli müşteri gruplarından diğer müşteri gruplarına kayması, oldukça yaygın bir eğilim olarak görülmektedir. Bu değişimin temelinde, değişen müşteri davranışları ile müşteri tabanının daha çeşitli hale gelmesi yatmaktadır.⁴¹

Günümüzde müşteriler, değer verdikleri unsurlardan daha fazlasını beklemektedirler. Müşteriler, kusursuz ürün ya da hizmeti bir ayrıcalık olarak değil, olması zorunlu bir anlayış olarak değerlendirmektedirler.⁴²

1.3.1.1 İç Müşteri Kavramı

İç müşteriler ,örgütte çalışanlardır. İç müşteri kavramı bir örgütün üretim süreci ve hizmet süreci etkinliğinin iyileştirilmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Örgüt içerisindeki her birim, kendinden önceki düzeyin müşterisi konumundadır.

İşletmeler dış müşterinin tatmin düzeyini , sadakatini , kalıcılığını ve karlı olmalarını talep ediyorsa, öncelikle iç müşteri olarak adlandırılan çalışanların tatminini sağlamalıdır. Bu bağlamda da çalışanların fikir ve düşüncelerine gereken saygı gösterilerek onların da kârlara tam ve gönüllü olarak katılımları sağlanmalıdır. Ayrıca, çalışanların iş yeri koşullarının iyileştirilmesi sosyal bağların geliştirilmesi için gerekli olanaklar tanınmalıdır.⁴³

41.Kırım, A. (2001): **Strateji ve Bire Bir Pazarlama CRM**, Sistem Yayıncılık, İstanbul

42.Tekin, M. ve Çiçek, E. (2005): “İşletmelerde Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Farklı Bir Yaklaşım: Değer Temelli Pazarlama”, *V. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu*, İstanbul Ticaret Üniversitesi

43.DEMİREL,Y.(2006),Müşteri İlişkileri Yönetimi ve Bilgi Paylaşımı , IQ kültür sanat yayıncılık, yayın No:195,istanbul.

1.3.1.2 Dış Müşteri Kavramı

Dış müşteri sunulan ürün ve hizmetleri satın alarak, kendi kişisel amaçları için kullanan ve çalışanların ücretlerinin ödenmesini sağlayan müşteridir.⁴⁴

Sağlık kurumunun temel çıktılarından doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler, devlet, diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç işletmeleri dış müşteri grubu olarak çeşitlendirilebilir.

Dış müşteri, bir mal veya hizmetin nasıl, hangi süreç içinde, kim tarafından ve hangi araçlarla yapıldığından çok; kendisine nasıl yansıdığına, kusursuz ve hatasız olmasına, doyum sağlayıp sağlamadığına, ihtiyaç ve beklentilerine ne derece uyduğuna, verilen sözlerin ve taahhütlerin ne ölçüde yerine getirildiğine dikkat etmektedir.⁴⁵

1.3.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastanelerin amacı hasta beklentilerini karşılamaktır. Hasta beklentileri, aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimlerine bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle her hastaya verilen hizmetin kapsamı, ayrıntısı, süresi, tedavi şekli farklı olmaktadır. Bu durum aynı zamanda hastaların memnuniyet düzeylerini de etkilemektedir.

Fiziksel ve çevresel faktörler ya da kurumsal özellikler; hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, yiyecek ve diyet hizmetlerinin kalitesi gibi faktörlerde hasta memnuniyeti üzerinde etkili özelliklerdir.

Hasta memnuniyeti hastanın beklediği bakımla gerçekte almakta olduğu bakımı karşılaştırdığında ortaya çıkmaktadır.⁴⁶

44.Çınar, T. A., (2007): İşletmelerin Müşteri Hizmet ve Müşteri Memnuniyeti İle Farklı Bankalar ve Bölgeler İçin Müşteri memnuniyeti Belirlemeye Yönelik Uygulama, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı İşletme), Aydın

45 www.danismend.com

46.Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ.” Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi”. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005;5(3):122-127.

Hasta memnuniyeti çalışmalarında bekleme süresinin memnuniyet oranları üzerinde etkiye sahip olduğunu gösteren bulgular vardır.⁴⁷

Kayıt işlemi insanlara oldukça antipatik görünür. Çünkü bilgi ve parayla meşguliyettir. Hastanın sağlık durumuna katkı sağlayacak bir eylem değildir. Bu işlemi yapan personelin bilgili olması özellikle çok önemlidir.⁴⁸

Hastalar için hastanede olma onların alışılmış yaşantılarını bozan bir olaydır. Özellikle hemşire-hasta ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın en çok birlikte olduğu, onunla diğer birimler arasında bağlantıyı sağlayan kişi olarak, hemşirelik hizmetlerinin sunumu hastaların memnuniyetini etkilemektedir.⁴⁹

Çevresel faktörler; bekleme alanlarındaki memnuniyette önemli bulunmuştur. Örneğin yiyecek içeceklerin yakınlığı, okunacak dergilerin bulunması , park yerinin olması ve muayene odalarında ısının kontrol edilmesi gibi faktörler memnuniyeti etkileyen faktörlerdir.⁵⁰

Hastaların sağlık durumu, demografik değişkenler ve hasta karakteristikleri de hasta memnuniyetini etkilemektedir.⁵¹

1.3.3 Müşteri (hasta) beklentileri

Müşteri beklentileri; almak istediği üründe ve hizmette aradığı özellikler olarak tanımlanabilmektedir.⁵²

Müşteriler; iletişim, anlayış, ulaşılabilirlik, bire bir etkileşim ve güven, tutarlılık, iş takibi, çabukluk, bilgili personel, temiz ve düzen arayışı içerisindedirler.⁵³

47. Stevens M, Reininga IH, Boss NA, van Horn JR. "Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag". Patient Educ Couns. 2006;60(2):241-245.

48. Walsh DP, Seff LR, Mayer TA. "Customer relations in the emergency department". In: Salluzzo RF, Mayer TA, Strauss RW, Kidd P (editörler). Emergency Department Management. Mosby, 1997;8:73-85.

49. Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ. "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi". Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005;5(3):122-127

50. Bruce TA, Bowman JM, Brown ST. "Factors that influence patient satisfaction in the emergency department". J. Nurse Care Quality. 1998;13(2):31-37.

51. Weiss GL. "Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors". Med Care. 1988;26(4):383-392.

52. BOSTAN, Sedat, Taner ACUNER, Gökhan YILMAZ (2005), "Hastane İşletmelerinde Müşteri(Hasta) Beklentileri Araştırması", Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, Bildiriler Kitabı, Sponsor: Oracle, Ankara

53. Rekabet Stratejisi Olarak CRM (2001), CRM Rüzgarı Seminer Notları, CRM Inst. Turkey.

Hasta beklentileri, hastaların sağlık işletmelerinden talep ettikleri tıbbi ve yönetsel hizmetlerde bulunması gereken özellikler olarak tanımlanabilir. Hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti, kişilik özellikleri, ekonomik imkanları, geçmiş deneyim , çevresel etkiler, mevcut sağlık işletmeleri ve sosyal güvence durumu hastanın beklentilerinin oluşumunu sağlar.⁵⁴

Kuruluş açısından saygınlık; ürünleri ya da hizmetleri satın alırken, müşterilerin tercihlerini sürekli firmadan yana kullanmaları, onları sadık müşteriler haline getirebilecektir. Müşterilerle kalıcı ilişkiler kurmak için, güven vermek, tutarlı olmak, müşterilerin işlemlerini çok çabuk bitirmek gerekmektedir.⁵⁵

Sağlık örgütlerinde müşteri beklentilerini karşılamayı hedefleyen kalite felsefesi aynı örgütlerde halkla ilişkiler uygulamalarının gerçek anlamda yerine getirilmesi ile kolaylaşacak ve zenginleşecektir. Bu nedenle, kuruluş içinde çalışan bütün personelin verilen hizmetlerin kalitesinden sorumlu olmaları, kapıdaki görevliden yöneticisine kadar herkesin doğal; halkla ilişkiler birimi elemanlarının ise doğrudan görevli olarak halkla ilişkiler hizmetlerini en iyi şekilde yerine getirilmeleri gerekmektedir.⁵⁶

Müşterilerin genellikle ortak beklentileri şunlardır.

- Önemsenme,
- Ayrıntılar konusunda duyarlı olunması,
- Sunulan hizmetin izlenmesi , hizmet sonrası memnuniyet sorulması,
- Kendisine ilgi gösterilmesi,
- Açıklık ve dürüstlük,
- Seçenek sunulması,
- Temizlik,
- Hizmet garantisi.⁵⁷

54.ENGİZ,Oğuz(2007);“SağlıkHizmetlerinde Hasta Tatmini”, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>

55.Rekabet Stratejisi Olarak CRM (2001), CRM Rüzgarı Seminer Notları, CRM Inst. Turkey.

56.ESATOĞLU, Afsun Ezel, Dilaver TENGİLİMOĞLU, Kâmil Ufuk BİLGİN, “Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Hastaların Halkla İlişkiler Faaliyetlerini Değerlendirmeleri”, <http://www.merih.net/m1/wufubil01.htm>,

57.CİNEMRE,Çetin,”Servis Kalite”1.Baskı.İstanbul:Panel Matbaacılık,nisan 2000.

1.3.4 Müşteri (Hasta) İhtiyaçları

İhtiyaç subjektif bir kavramdır. Ama genelde, kimse ihtiyacı olmadıkça bir mal veya hizmet satın almaz. Aynı durum sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Hiç kimse sağlık problemi olmadıkça hekime veya hastaneye başvurmaz.⁵⁸

Hastaların sadece kendi belirledikleri ihtiyaçlarını gidermek, onları tatmin etmek için yeterli olacaktır. Ancak, hastalar bazı ihtiyaçlarının farkında iken, bazı ihtiyaçlarının da farkında değildirler. Farkında olmadıkları ihtiyaçlar medikal ihtiyaçlardır ve genellikle hastalara hizmet veren hekimlerce belirlenirler. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklılığı bu noktada ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine talep, kullanıcı tarafından değil, hizmet sunucu tarafından belirlenir.⁵⁹

Hastalar sağlık kuruluşlarına çok farklı nedenlerle başvurumaktadırlar. Herkesin başka bir derdi vardır. Hastaları tatmin etmek için ihtiyaçlarına uygun hizmet sunmak gerekmektedir. Bu nedenle belki de sağlık işletmeleri en geniş hizmet bileşimine sahip örgütlerden biridir. Örneğin yaşlılar evinde kalan bir emekli sadece tıbbi bakım değil, onun yanında evini aratmayacak bir atmosferi de aramaktadır. Orada uzun süre kalacağı için fizyolojik ihtiyaçlarının yanı sıra psikolojik ihtiyaçlarını karşılayacak aktivitelerin de sunulmasını beklemektedir.⁵⁸

1.3.5 Müşteri (hasta) Tatmini

Bir ürünün tatmin edici olup olmadığını belirlemek aslında bir değerlendirme sürecidir. Tatmin, tamamıyla müşterinin ürün performansı hakkındaki görüşüne bağlıdır.⁶⁰

Diğer bir deyişle tatmin, mal veya hizmet satın alma ve tüketim deneyimleri sonucunda yapılan kapsamlı değerlendirmedir.⁶¹

Müşteri tatmini, bir müşterinin ürün veya hizmet satın alma davranışının sonucu olarak yaşamış olduğu duygusal durum olarak tanımlanır.⁶⁰

58.KARAFAKIOĞLU, Mehmet (1998), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, İşletme Fakültesi Yayın No: 27, İstanbul

59.Akgül, Muammer (2000). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Hastanesinde Bir Uygulama Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

60.WULF,Kristof DE;**SCHRODER**,Gaby Odekerken;**GOEDERTIER**, Frank and **OSSEL**,Gino Van ,2005,”Consumer Preceptions Of Store Brands Versus National Brands” , The Journal of Consumer Marketing;2005;22,4/5,p223

61.GARBARINO, Ellen and **JOHNSON** Mark S.(1999) “The Different Roles of Stasfaction, Trust and Commitment in Customer Relationships”, *Journal of Marketing*, Vol. 63, April.

Başka bir tanıma göre; müşteri tatmini, müşterilerin kullandıkları ürün veya hizmetlerin özellikleri hakkındaki yargılarıdır, müşterilerin tepkileridir.⁶²

Başka bir ifade ile müşteri tatmini, müşterilerin ihtiyaçlarının, isteklerinin ve beklentilerinin, ürün/hizmet dönemi boyunca karşılanması veya aşılması ile yeniden satın alma ve bağımlılıkla sonuçlanan bir durumdur.⁶³

Müşteri tatmini, müşterilerin ürün veya hizmet tüketimlerinden sonra ürün performansının, beklenen performans ile karşılaştırılması sonucunda verdikleri tepkilerdir.

Müşteri tatmini, satın alma öncesi ürün kalitesinden beklentilerin, satın alma sonrası ulaşılan sonuçlarla değerlendirilmesidir.⁶²

Müşteri tatmini, işletmeler için kısa dönemli başarı ile uzun dönemli büyüme fırsatları arasındaki bir bağlantıdır.⁶³ Müşteri tatmini:

- Artan pazar payı ve artan kârlılık için stratejik bir araçtır.
- Üst yönetimin bağlılığı ile başlar.
- Bütün organizasyonu kapsar.
- Müşteri tatmini ölçülebilir, izlenebilir.

Tatmin olmuş müşteri davranışları aşağıdaki gibidir. Bunlar:

- Ürün ve hizmetleri tekrar satın alacaktır.
- Ürün ve hizmetleri diğerlerine tavsiye edecektir.
- Her bir tatmin olmuş müşteri hizmet hakkında en az 5 insana haber verecektir.
- Böylece, olumlu, ağızdan ağza iletişim yaratacaktır.
- Tatmin olmuş müşteriyi elde tutmanın maliyeti %20 daha düşüktür.

Müşteri tatmini ile müşteri sadakati arasında oldukça yakın bir ilişki vardır.⁶⁴

62.LEMON, Katherine N., **WHITE** Tiffany Barnett and **WİNER** Russell S.(2002), “Dynamic Customer Relationship Management: Incorporating Future Considerations into The Service Retention Decision”, *Journal of Marketing*, Vol. 66,January.

63.ANTON, John (1996), Customer Relationship Management, Prentice-Hall Inc., New Jersey.

64.BOSTAN, Sedat, Taner **ACUNER**, Gökhan **YILMAZ** (2005), “*Hastane İşletmelerinde Müşteri(Hasta) Beklentileri Araştırması*”, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, Bildiriler Kitabı, Sponsor: Oracle, Ankara

1.3.6 Müşteri (hasta) Sadakati

Müşteri sadakati, müşterilere isteklerini karşılayan hatta aşan şekilde hizmet vererek ilişkinin sürekli tutulmasıdır.⁶⁵

Hasta sadakati, “Hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip diğer yandan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalar tavsiye etmesi” olarak tanımlanabilmektedir.⁶⁶

Sadık hasta sonraki hizmet ihtiyaçlarında aynı tedarikçiyi tercih etmektedir.

Hasta sadakatının diğer bir etkisi de memnun hastaların hastane hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesidir. Yeni kazanılan hastaların yarısına yakın bir kısmının tavsiyeyle geldikleri araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Hasta ile güvenilir bir işbirliği elde edildiğinde, yani sadık bir hasta yaratıldığında, bu da kuruluşun kârına doğrudan etkisi olan bir unsurdur. Tüm bu etkilerin kuruluş için anlamı ise; mevcut ve tekrarlı hastalardan gelir, pazar payındaki artış, hasta kazanma maliyetinde ve işletme giderlerinde azalma, sonuç olarak kuruluşun karlılığıdır.⁶⁶

Günümüzde işletmelerin müşteri sadakati yaratmaları için geliştirmesi gereken taktikler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:⁶⁷

- Yeni müşteri gönderenleri ödüllendirmek,
- Teşekkür kartları göndermek,
- Kişisel mektuplar göndermek,
- Telefonla hatırlatmalar yapmak,
- En önemlisi müşteri şikâyetlerini ayrıntılı olarak değerlendirmek ve hızlı cevap vermek, gereklidir.

1.3.7 Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Oluşturma Süreci

Müşteri memnuniyeti yaratma sürecine ilişkin modern pazarlama anlayışında birçok farklı yaklaşım bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda müşterilerin değişmesine rağmen, müşteri ihtiyaçlarının tespitine yönelik yaklaşımların değişmediği görülmüştür. Bu yaklaşımlar içinde birçok işletme için geçerli olan bir model Şekil 1 'de gösterilmiştir.

65.ACUNER, Sebnem Akın (2001), *Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü*, Mert Matbaası, 2.Basım, Ankara.

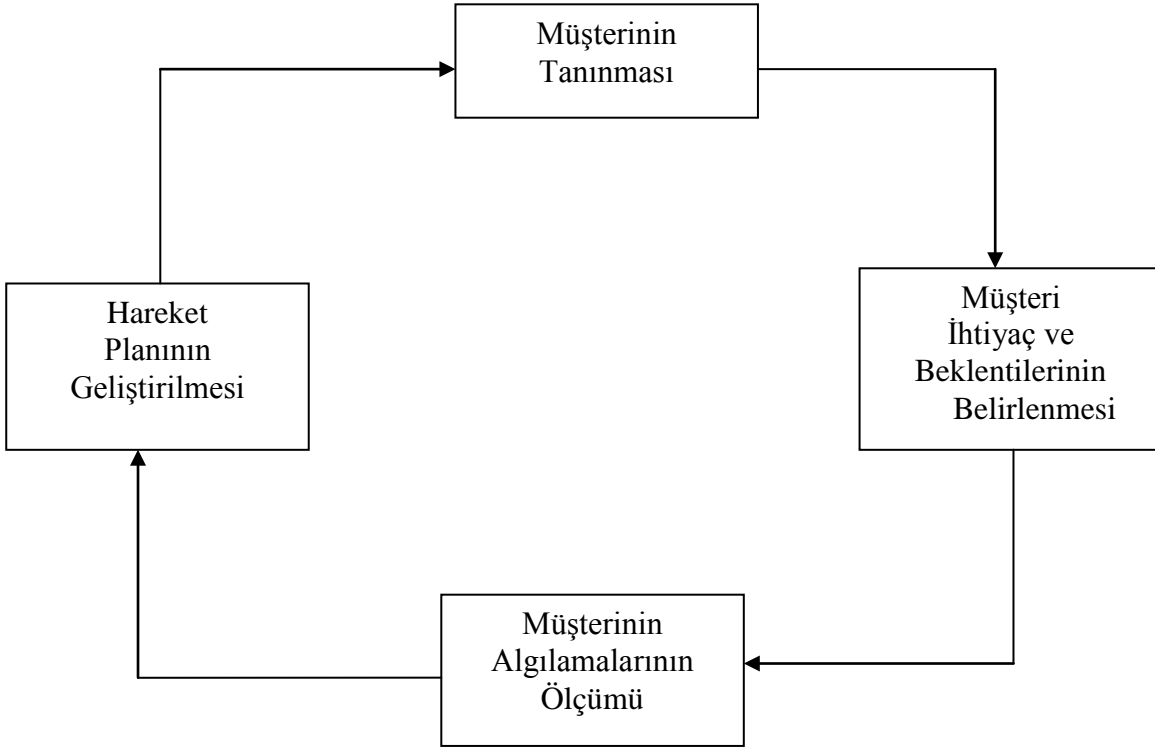
66.ENGİZ, Oğuz; (2007) “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, internet Adresi: <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>

67_KARAN, Süleyman (2002), “Müşteriyi Raflara Aşık Etmenin On yolu”, *Platin Dergisi*, Yıl. 5, Ağustos.

Müşteri memnuniyeti yaratma süreci dört aşamada gerçekleşmektedir. Bu aşamaların her birinde planlama göz önünde bulundurulması gereken önemli bir unsurdur. Her bir işlemin planlanması gerekmektedir. Planlamayla birlikte müşteri memnuniyeti yaratma süreci boyunca gerçekleştirilen her bir aşamanın kontrol edilip, yanlışlıkların, eksikliklerin giderilmesi de önemlidir.

Müşteri memnuniyeti yaratma süreci aşamaları; müşteri profilinin oluşturulması, müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerinin saptanması, müşteri algılamalarının ölçümü, hareket planının geliştirilmesi şeklindedir.⁶⁸

Şekil 1 Müşteri memnuniyeti yaratma süreci aşamaları



1.3.8 Müşteri(Hasta) Memnuniyetinin Ölçümü ve Performans Gelişimi

Ölçüm yapmanın temel amaçlarından biri de kuruluşun performansı hakkında bilgi verecek geçerli ve güvenilir verilerin temin edilmesidir. Dolayısıyla hastaların ihtiyaçlarını, beklentilerini, tatminini ve diğer algılamaları ile ilgili toplanacak verilerin güvenilir ve geçerli olması ve de kuruluş performansı ile ilişkilendirilebilmeleri için sistematik yöntemlerin kullanılma gereği vardır.⁶⁹

68.Solmaz Kılıç, Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 1998.

69.ENGİZ, Oğuz; (2007) “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, internet Adresi:

<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>

Rekabet gücünü arttırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar. Hastalardan geri bildirim toplamayı ve değerlendirmeyi sürekli hale getiren sağlık kuruluşları vardır. Sağlık kuruluşları⁷⁰:

- Verimliliği, etkililiği ve kaliteyi yakalarlar,
- Sürekli kalite gelişimi içinde olurlar,
- Kalite odaklı kurumsal kültür oluşumunu hızlandırır,
- Rekabet güçlerini arttırıp, sektör lideri olurlar.

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem yüz yüze (anket) yöntemidir. Başka bilgi toplama yöntemleri vardır; ama amaca en uygun ve kolay olanı kişisel, yüz yüze görüşmelerdir. Daha çok konuyu daha etkili ve daha az maliyetli kapsamaları nedeniyle anketler sağlık sektöründe de kullanılan en yaygın yöntemdir. Ankette sorulacak soruların düzenlenmesi, cevap seçeneklerinin sayısı ve türleri, öğrenilmek istenilen konuların kategorizasyonu anket hazırlanırken dikkat edilecek hususlardır.⁷⁰

⁷⁰ENGİZ, Oğuz; (2007) “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, internet Adresi: <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>

BÖLÜM 2

2.1 ANALİTİK HİYERARŞİ PROSESİ (SÜRECİ)

Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP), ilk olarak 1968 yılında Myers ve Alpert ikilisi tarafından ortaya atılmış ve 1977 yılında Thomas L. Saaty tarafından geliştirilmiş(çok ölçütlü karar verme) tekniklerinden biridir. AHP karar almada, grup veya bireyin önceliklerini de dikkate alan, nitel ve nicel değişkenleri bir arada değerlendiren matematiksel bir yöntemdir. AHP ile karar vericilerin farklı psikolojik ve sosyolojik durumlardaki gözlemleri de dikkate alınarak kendi karar verme mekanizmalarını tanımaya çalışmaktadır. Bu yöntemle karar vericilerin daha etkin karar vermeleri amaçlanmıştır.⁷¹

AHP, objektif ve subjektif tüm kriterleri ikili karşılaştırma yaparak ölçen ve bu kriterlerin birbirlerine göre önceliklerini bularak önem sıralarını belirleyen bir karar verme tekniğidir. Bu Kriterlerin ikili karşılaştırılmasında hangisi daha önemli ya da hangisi diğerine göre daha çok tercih edilebilir olduğunu sayısal olarak değerlendirir. AHP karar verme durumunda olan insan için en iyi seçeneği belirlemenin yanında, seçenekler arasında sıralama da yapar.⁷²

AHP'nin uygulaması dört temel prensiple şekillenmektedir: ayırıştırma, karşılaştırmalı yargılar, karar hiyerarşik kompozisyon veya öncelik sentezi ve karma kompozisyonuna göre nihai kararların alınması. Bu temel prensipler aynı zamanda AHP' nin adımları olmuştur.^{73ve74}

71.Saaty,T., “The Analytic Hierarchy Process”, McGraw-Hill International Book Company,USA,1980.

72.Byun Dae-Ho (2001); “The AHP Approach For Selecting An Otomobile Purchase Model”, Information & Managment, 38.

73.Saaty ,L.T(1994)Fundamentals of decision making priority theory with the Analytic Hierarchy Process RWS publications pittsburg

74. Saaty ,L.T(1980) Analytic Hierarchy Process, McGraw-Hill comp. USA

<http://www.thbb.org/Files/File/Magazine/17/m-ahp%20yontemi.pdf>

2.1.1 AHP nin Uygulama Alanı

AHP 1970’li yıllardan bugüne çeşitli alanlarda kullanılmıştır. pazarlama, insan kaynakları, finans, bilgi teknolojileri seçimi, nükleer teknoloji, üretim, satın alma, matematik, çevre bilimleri, performans değerlendirme ve organ nakli için hasta seçimi gibi birçok alanda uygulamaları mevcuttur.⁷⁵

AHP ile yapılan araştırmalardan bazıları;

1_Özden (2008) tezinde ilkokul seçimini 3 farklı okulda AHP ile kıyaslamıştır. Bu kıyaslamada sekiz kriter belirlemiştir, bu kriterler: sınıf mevcudu, ders programının içeriği, okulun fiziki yapısı, mesafe, rehberlik, kültürel etkinlikler, maliyet ve disiplindir.⁷⁶

2_Öztürk-Erdoğmuş-Arıkan(2011) tezinde Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) Kullanılarak Tedarikçilerin Değerlendirilmesini Bir Tekstil Firmasında Uygulamıştır. Tezinde En İyi Tedarikçi Firmanın Seçimini bulmuştur.⁷⁷

3_Aydın – Öznehir – AKÇALI (2009)da Ankara için optimal hastane yeri seçiminin analitik hiyerarşi süreci ile modellenmesi adlı tez konusunda hastane yeri bulunmuştur.⁷⁷

4_Göksu– Güngör (2008) de Bulanık Analitik Hiyerarşik Proses ve Üniversite Tercih Sıralamasında uygulama tez konusunu şehir, üniversite ve bölüm kriterlerine göre kıyaslamayı yapmıştır.⁷⁸

75. Güler Kadak, Esin(2006) “Türkiye’ de AHP tekniğinin performans değerlendirmedeki yeri ve ilaç dağıtım sektöründe uygulaması” ,Yüksek lisans tezi,CukurovaÜniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü,Adana cu.mitosweb.com/browse/4027/6062.pdf

76. Yrd.Doç.Dr. ÖZDEN H.Ünal “Analitik Hiyerarşi Yöntemi İle İlkokul Seçimi” Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi Yıl 2008 ,Cilt XXIV,Sayı 1

77. ÖZTÜRK Ahmet, **ERDOĞMUŞ** Şenol **ARIKAN** Vesile Sinem “Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) Kullanılarak Tedarikçilerin Değerlendirilmesi: Bir Tekstil Firmasında Uygulama “*Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:26, Sayı:1, Yıl:2011, ss.93-112.*

78.Doç.Dr. AYDIN Özlem **ÖZNEHİR** Selahattin **AKÇALI** Ezgi” Ankara İçin Optimal Hastane Yeri Seçiminin Analitik Hiyerarşi Süreci İle Modellenmesi” Süleyman Demirel Üniversitesi iktisadi ve idari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2009, C.14, S.2 s.69-86.<http://iibf.sdu.edu.tr/dergi/files/2009-2-4.pdf>

5_Arslan - Elif Türkan 2010'da Analitik Hiyerarşi Süreci Yöntemiyle Strateji Seçimi:Süleyman Demirel Üniversitesi İktisat ve İdari BİLİMLER Fakültesinde bir Uygulama adlı çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi için en uygun stratejinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla öncelikle fakültenin üstünlükleri, zayıflıkları, fırsatları ve tehditleri kriter olarak kullanılmıştır. AHP ile swot analizi uygulanmıştır.⁷⁹

6_Keçek – Yıldırım 2010'da Kurumsal Kaynak Planlama (ERP) Sisteminin Analitik Hiyerarşi Süreci(AHP) ile Seçimi:Otomotif Sektöründe Bir Uygulamadır.Burada en iyi ERP (kurumsal Kaynak Planlaması) sisteminin seçmeye çalışmıştır.⁸⁰

7_Özgüven Nihan(2011) Vakıf Üniversitesi Tercihinin Analitik Hiyerarşi Süreci ile blirlenmesi adlı tez konusunda dört üniversite kıyaslanmıştır ve sonuçta üniversite 1 en fazla tercih edilen üniversite olmuştur. ⁸¹

2.1.2 AHP' nin Adımları

1. Aşama-Problem Tanımlanması: Bu aşama, karar hiyerarşisinin kurulması anlamına gelmektedir. İlk adım olarak amaç belirlenir, daha sonra amaca uygun kriterler belirlenir. Kriterlere bağlı olarak alternatifler saptanır ve böylece mevcut problem tanımlanmış olur. Hiyerarşinin kurulmasında problemin karmaşıklığı, kademe sayısı ve detaylandırılma düzeyi önemli rol oynamaktadır. ⁸²

Amaç, kriterler ve alternatifler yapısındaki bir problemi şematik olarak şekil 2'deki gibi yapılandırmak mümkündür ⁸³ ;

79. Prof.Dr. GÜNGÖR İbrahim **Dr. GÖKSU** Ali “Bulanık Analitik Hiyerarşik Proses Ve Üniversite Tercih Sıralanmasında Uygulanması” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve idari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2008, C.13, S.3 s.1-26. <http://iibf.sdu.edu.tr/dergi/files/2008-3-1.pdf>

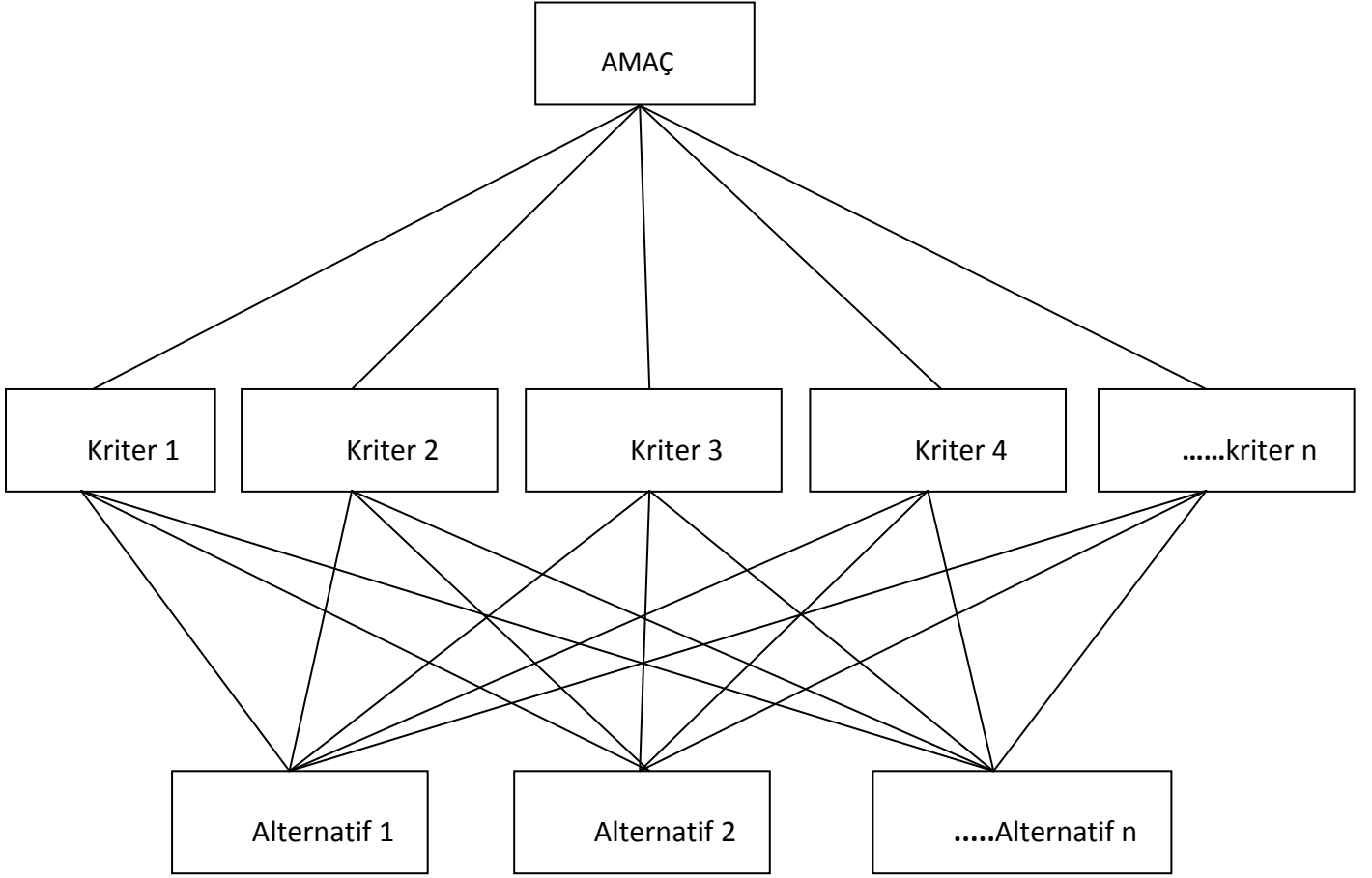
80.Ars.Gör. ARSLAN Elif Türkan “Analitik Hiyerarşi Süreci Yöntemiyle Strateji Seçimi: Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde Bir Uygulama” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve idari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2010, C.15, S.2 s.455-477.

81.Yrd.Doç.Dr. KEÇEK Gülnur **Ars.Gör. YILDIRIM** Esra “Kurumsal Kaynak Planlama (ERP) Sisteminin Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) İle Seçimi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve idari Bilimler Fakültesi DergisiY.2010, C.15, S.1 s.193-211.

82.Kuruüzüm ayşe, **Atsan** nuray “ANALİTİK HİYERARŞİ YÖNTEMİ VE İŞLETMECİLİK ALANINDAKİ UYGULAMALARI”Akdeniz İ.İ.B.F.Dergisi 2001,83-105

83.Saaty ,L.T(1994)Fundamentals of decision making priority theory with the Analytic Hierarchy Process RWS publications pittsburg

Şekil 2 karar hiyerarşisi inşası



2. Aşama-Kriterlerin İkili Karşılaştırılmasının Yapılması: AHP modellerinde ikili karşılaştırma yargıları bir kare matris şeklinde ifade edilir. Her bir değerlendirme iki öge arasında, bir üst düzeyde yer alan kritere bağlı olarak hangisinin daha önemli olduğunu ortaya koyar ve bu önemin derecesini yansıtır. Bu önem derecesini ifade etmek için sayısal değerlerden yararlanır. Bu sayısal değerlerin belirlenmesinde bir ölçeğin kullanılması gereklidir. Bu ölçek AHP yöntemi için Saaty tarafından geliştirilmiş olan göreceli önem ölçeğidir.⁸⁴

84.Kaplan, Vehbi KOÇI(2010) YÖNTEMİYLE TEDARİKÇİ SEÇİMİ: PERAKENDE SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA(İTÜ) AHP <http://tez2.yok.gov.tr/>

tablo 1 önem ölçeği

Önem derecesi	Tanım	Açıklama
1	Eşit derecede önemli	İki faaliyet amaca eşit düzeyde katkıda bulunuyor.
3	Çok az daha önemli	Tecrübe ve yargı bir faaliyeti diğerine çok az derecede tercih ettirir.
5	Oldukça önemli	Tecrübe ve yargı bir faaliyeti diğerine kuvvetli derecede tercih ettirir
7	Çok daha fazla önemli	Bir faaliyet güçlü bir şekilde tercih edilir ve baskınlığı uygulamada rahatlıkla görülür.
9	Çok çok önemli	Bir faaliyetin diğerine tercih edilmesine ilişkin kanıtlar çok büyük güvenilirliğe sahiptir.
2,4,6,8	Ara değerler	Uzlaşma gerektiğinde kullanmak üzere yukarıda listelenen yargılar arasına düşen değerler

Hiyerarşik yapı oluşturulduktan sonra kriterlerin ikili olarak birbirleriyle karşılaştırılması yapılarak öncelik değerleri hesaplanır ve (n×n) ikili karşılaştırma matrisi elde edilir.

Bu matriste ele alınacak n tane eleman varsa ikili karşılaştırma yapılacağından n elemanın ikili kombinasyonu kadar karşılaştırma yapılması gerekir. Bu ise şu formülle hesaplanabilir:

$$C(n, 2) = \frac{n!}{(n-2)! \cdot 2!}, \quad (n \geq 2) \text{ bu formül düzenlenirse}$$

$$\frac{n \cdot (n-1)}{2} \text{ ifadesi elde edilir.}$$

İkili karşılaştırma matrisinde $A_1, A_2, A_3, \dots, A_n$ kriterler olsun.

$A = (a_{ij})$, $i, j = 1, 2, 3, \dots, n$, $n \times n$ boyutunda bir matriste kriterlerin önem dereceleri, $A_1, A_2, A_3, \dots, A_n$ olarak tanımlansın, matrisin elemanları olan a_{ij} aşağıdaki iki özelliğe sahip olmalıdır:

$$1_Eğer \ a_{ij} = k \text{ ise } a_{ji} = \frac{1}{k} \text{ olmalıdır. (} k \neq 0)$$

2_ Eğer A_i ile A_j eşit öneme sahip ise, $a_{ij}=1$ ve $a_{ji}=1$ olmalı ve hepsi $a_{ii}=1$ olarak alınmalıdır.

Bu özellikleri sağlayan A matrisi:

$$A = \begin{bmatrix} 1 & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ \frac{1}{a_{12}} & 1 & \dots & a_{2n} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \frac{1}{a_{n1}} & \frac{1}{a_{n2}} & \dots & 1 \end{bmatrix} \quad \text{Şeklinde olur}$$

Burada $a_{ij} = \frac{w_i}{w_j}$ alındığında bunun A_i anlamı kriterinin A_j Kriterine göre önemi olarak düşünülür.⁸⁵

$$A = \begin{matrix} & A_1 & A_2 & \dots & \dots & \dots & A_n \\ \begin{matrix} A_1 \\ A_2 \\ \vdots \\ A_n \end{matrix} & \begin{bmatrix} \frac{w_1}{w_1} & \frac{w_1}{w_2} & \dots & \frac{w_1}{w_n} \\ \frac{w_2}{w_1} & \frac{w_2}{w_2} & \dots & \frac{w_2}{w_n} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \frac{w_n}{w_1} & \frac{w_n}{w_2} & \dots & \frac{w_n}{w_n} \end{bmatrix} \end{matrix}$$

İkili karşılaştırmalarda aşağıdaki yoğunluk fonksiyonu kullanılıp karşılık gelen önem seviyeleri en iyi sıra, en düşük derece ile en kötü sıra, en büyük derece, arasındaki önem seviyesi 9' a eşitlenip buradan k değeri bulunarak elde edilmiştir.

Eğer $A_1 < A_2$ ise

$$P_{A_1-A_2} = \left(\frac{(S_{A_1} - S_{A_2})}{S_{A_2}} * K \right) + 1$$

Eğer $A_2 > A_1$ ise

$$P_{A_2-A_1} = \frac{1}{\left(\frac{(S_{A_1} - S_{A_2})}{S_{A_2}} * K \right) + 1}$$

Formülüyle matrisi oluşur.

85.SAATY, T.L. ve ÖZDEM_R, M.S., "Why The Magic Number Seven Plus Or Minus Two", *Mathematical And Computer Modelling* 38, 233-244, 2003.

3. Aşama: Ağırlıkların Hesaplanması: ikili karşılaştırma matrisi elde edildikten sonra matrisin normalize edilmesi gerekmektedir. Matrisin normalize edilmesi için, matriste her sütun için, sütun toplamı alınmalı ve matris elemanları ilgili olduğu sütun toplamına bölünmelidir. Daha sonra normalize edilmiş olan matriste her alternatif veya kriter için oluşmuş satır ortalaması alınmalıdır. Elde edilen bu değer kriter veya alternatifler için öncelik değerleridir. Öncelik ağırlığının değerlerinin oluşturduğu matris öncelik ağırlık vektör matrisidir.⁸⁶

4. Aşama: Tutarlılık oranı: ikili karşılaştırma matrisinin (öncelik ağırlık) görelî önem vektörü bulunduğundan sonra, bulunan bu değerlerin tutarlı olup olmadığını belirlemek amacıyla tutarlılık oranı hesaplanır. Bunun için, elde edilen (öncelik ağırlık) görelî önem vektörü ile ikili karşılaştırma matrisi çarpılarak yeni bir vektör elde edilir. Bu son elde edilen vektörün birinci elemanı, dört metottan her hangi birisiyle bulunan görelî önem vektörünün birinci elemanına, ikinci elemanı ikinciye ve n . elemanı n .’ye bölünerek üçüncü bir vektör elde edilir. Bu üçüncü vektörün elemanları toplanır ve eleman sayısına bölünürse, en büyük öz değer a_{max} için yaklaşık bir değer elde edilir. Bu a_{max} değeri n değerine ne kadar çok yakınsa bulunan sonuçlar da o kadar tutarlı olur.⁸⁷ a değeri bulunduğundan sonra tutarlılık oranını bulmak için, tutarlılık indeksi, rastgele tutarlılık indeksine bölünür. Elde edilen oran 0,10’den daha küçük ise yapılan işlemlerin tutarlı olduğuna karar verilir.

$$CI = \frac{a_{max} - n}{n - 1}$$

Tablo 2 Rasgele tutarlılık indeksi

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
R.I	0	0,58	0,9	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49	1,51	1,48	1,56	1,57	

$$tutarlılık\ oranı(C.R) = \frac{tutarlılık\ indeksi\ (CI)}{Rastgele\ tutarlılık\ İndeks\ (RI)} \leq 0.10 \text{ ise ikili}$$

Karşılaştırmaların makul oranda tutarlı olduğu sonucuna var.

86. Özyörük, Bahar ve Özcan, Evren C.; “Analitik Hiyerarşi Sürecinin Tedarikçi Seçiminde Uygulanması: Otomotiv Sektöründen Bir Örnek”; Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi; 13:1; 2008; 133- 144.

87.Tekes, M., **Çok Ölçütlü Karar Verme Yöntemleri ve Türk Silahlı Kuvvetlerinde Kullanılan Tabancaların Bulanık Uygunluk İndeksli Analitik Hiyerarşi Prosesi ile Karşılaştırılması,** Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2002.

5. Aşama: Öncelik Değerlerinin Hesaplanması: Kriterler bazında elde edilen ağırlıklara göre alternatiflerin öncelik değerleri hesaplanmaktadır. En büyük öncelik değerine sahip olan alternatif, AHP sonucunda tercih edilmesi önerilen alternatif olmaktadır.

2.1.3 AHP Avantajları

AHP uygulaması ile karar verici hedefini doğru bir şekilde belirler. Karar vermede nicel verilerle birlikte, insanların eğitim, bilgi ve becerilerinin yanında duygularının da rol oynadığı nitel veriler kullanılır. Karar vericinin problemi tanınması ve problemin unsurlarına ilişkin anlayışını artırır. İkili karşılaştırmaları bir sayısal ölçeğe göre hesaplanır. Objektif ve subjektif düşünceleri karar sürecine dâhil eder.

Karar vermede AHP, nasıl bir karar verilmesinden öte, ne derece iyi bir karar verilmesiyle ilgilidir. Kararın tutarlılığını sayısal olarak ifade eder. Duyarlılık analizini etkin bir şekilde gerçekleştirmektedir. Grup kararlarında kullanımı uygundur.

2.1.4 AHP' nin Dezavantajları

AHP modelinin oluşturulması aşamasında faktörlerin her aşamada doğru seçilmemesi veya ayrışımın sağlanmaması , sonuçların geçerliliğinin sorgulanmasına neden olabilir.Hiyerarşik yapıda yapılan düzeltme çalışmalarında benzer alternatiflerin eklenmesi , mevcut alternatiflerin ağırlıklarının düşmesine ve seçilmemesine de yol açar

2.2 AHP UYGULAMASI VE ANALİZİ

2.2.1 Karar Hiyerarşisinin İnşası

Bu çalışma Sağlık Sektörün'de faaliyet gösteren devlet hastanelerinde ve bir özel hastanede yapılmıştır. Devlet hastanesi ve özel hastaneyi karşılaştırmak için çok ölçütlü karar verme tekniğinden biri olan AHP kullanılarak karmaşık karar hiyerarşisinin sorunlarını öğelerine ayrıştırdık

- Genel amaç
- Alternatifler
- Kriterler

Genel amaç

Mersin’de en iyi sağlık hizmeti sunan ve en fazla tercih edilen hastane türünü bulmak olarak belirledik.

Alternatif seçimi

Mersin Devlet Hastanesi ve bir özel hastane alternatif olarak belirledik

Kriterlerin seçimi

En iyi sağlık hizmeti sunan hastaneye uygun kriterleri “bekleme süresinin az olması”, “ücret”, “ilgi”, “nezaket”, “iletişim”, “yeterlilik”, “doktora duyulan güven”, “tedavi”, “temizlik”,” ulaşılabilirlik” olarak belirledik.

Tablo 3 Kriterler

Kriterler	Kriterler tanımı
A	Beleme süresinin az olması
B	Ücret
C	İlgi
D	Nezaket
E	İletişim
F	Yeterlilik
G	Doktora duyulan güven
H	Tedavi
I	Temizlik
J	Ulaşılabilirlik

Kriterlerin tanımlanması

A_Bekleme süresinin az olması: Hastaların hastane seçiminde hangi hastane türünün bekleme süresinin daha az olduğu önemlidir çünkü hastalar bekleme süresi azaldıkça memnuniyetler artmaktadır.

B_Ücret: Sağlık hizmeti almada ücret son yıllarda önemi azalmıştır.Sağlık güvencesi olan hastaları fazla etkilemese de, sağlık güvencesi olmayan hastaların hastane tercihini etkilemektedir.

C_İlgi: Doktorların gösterdiği ilgi artıkça hasta kendini daha iyi hisseder ve hastanın memnuniyeti artar.

D_Nezaket: Bu faktör hekimlerin hastalar tarafından tercih edilmelerini etkiler.

E_İletişim: Hasta kendisine hangi tedavinin uygulanacağını ve neden uygulanacağını bilmek ister. Bunun için doktorla hasta arasındaki iletişimin iyi olması gerekir.

F_Yeterlilik: Doktorun hastayı tedavi edebilmesi için gerekli bilgi ve deneyime sahip olması gerekir.

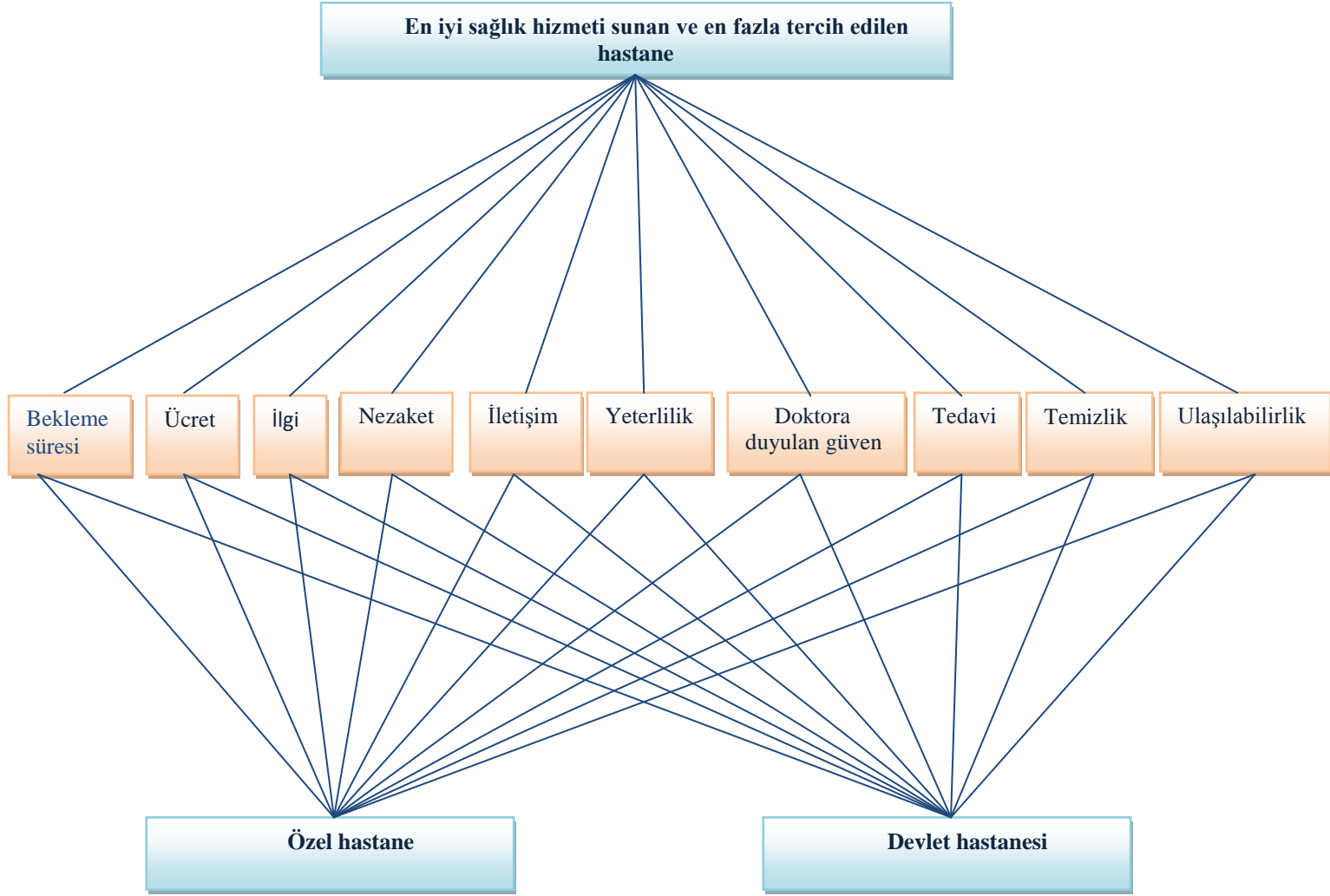
G_Doktora duyulan güven: Hastanın doktora duyduğu güven tedavi ve iyileşmesinde önemli etkiye sahiptir.

H_Tedavi: Hastaların genel düşünceleri, uygun teşhis konulursa uygun tedavi uygulanabilir olduğu yönündedir. Bu yüzden hastane seçimi önemlidir.

I_Temizlik: Sağlık hizmetinde hijyen en önemli faktörlerden biridir. Hastalar hastane temizliğine dikkat ederler çünkü temiz olmayan bir ortamda tedavi olmak istemezler.

J_Ulaşılabilirlik: Hastane, ulaşım araçlarının kolayca ulaşılacağı bir yerde olmalı. Bu nedenle hastane yeri önemlidir.

Şekil 3 karar Hiyerarşi inşası



2.2.2 Kriterlerin Önemi Belirleme

Karar verici ikili karşılaştırmada yargıları bir kare matris şeklinde ifade edebilmesi için her bir değerlendirme iki öge arasında, bir üst düzeyde yer alan kritere bağlı olarak hangisinin daha önemli olduğunu ortaya koyar ve bu önemin derecesini yansıtır.

Tablo 4 Kriterlerin ortalaması

Kriterler	Kriterler tanımı	Anketteki sorusu	Ortalama
A	Beleme süresinin az olması	10	6,53
B	Ücret	11	6,23
C	İlgi	13.a	4,83
D	Nezaket	13.c	6,02
E	İletişim	13.d	5,89
F	Yeterlilik	13.f	5,48
G	Doktora duyulan güven	13.e	2,34
H	Tedavi	13.g	3,71
I	Temizlik	13.o	6,40
J	Ulaşılabilirlik	13.q	7,51

2.2.3 İkili Matrisi Oluşturmak

Eğer $A_1 < A_2$ ise

$$P_{A_1-A_2} = \left(\frac{(S_{A_1} - S_{A_2})}{S_{A_2}} * K \right) + 1$$

Eğer $A_2 > A_1$ ise

$$P_{A_1-A_2} = \frac{1}{\left(\frac{(S_{A_1} - S_{A_2})}{S_{A_2}} * K \right) + 1}$$

Buradaki tabloda kriterlere bakıldığında maksimum değer j kriteri 7,51 ve minimum değer g kriteri 2,34 bu ikili karşılaştırmada Saaty in önem ölçeğine göre hesaplanmıştır.

Eğer $A_1 < A_2$ ise

$$P_{A_1-A_2} = \left(\frac{(S_{A_1} - S_{A_2})}{S_{A_2}} * K \right) + 1$$

$$9 = \left(\frac{(7,51 - 2,34)}{2,34} * K \right) + 1$$

$$K=3,6247$$

2.2.4 Ağırlıkların Hesaplanması

Tablo 5 İkili karşılaştırma matrisi

KRİTERLER		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Beleme süresinin az olması	A	1,00	0,85	0,44	0,76	0,72	0,59	0,13	0,27	0,93	1,54
Ücret	B	1,18	1,00	0,49	0,89	0,83	0,67	0,14	0,29	1,10	1,75
İlgi	C	2,28	2,05	1,00	1,89	1,80	1,49	0,21	0,48	2,18	3,02
Nezaket	D	1,31	1,13	0,53	1,00	0,93	0,74	0,15	0,31	1,23	1,90
İletişim	E	1,40	1,21	0,56	1,08	1,00	0,79	0,15	0,32	1,32	2,00
Yeterlilik	F	1,70	1,50	0,67	1,36	1,27	1,00	0,17	0,37	1,61	2,35
Doktora duyulan güven	G	7,48	7,01	4,84	6,68	6,49	5,85	1,00	3,11	7,28	9,00
Tedavi	H	3,77	3,47	2,10	3,26	3,14	2,73	0,32	1,00	3,64	4,73
Temizlik	I	1,08	0,91	0,46	0,81	0,76	0,62	0,14	0,27	1,00	1,63
Ulaşılabilirlik	J	0,65	0,57	0,33	0,53	0,50	0,43	0,11	0,21	0,61	1,00

Her bir sütunun elemanlarını sütunun toplamına bölerek Normalize ederiz

Tablo 6 Ağırlıkların Hesaplanması

KRİTERLER		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Beleme süresinin az olması	A	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05
Ücret	B	0,05	0,05	0,04	0,05	0,05	0,04	0,06	0,04	0,05	0,06
İlgi	C	0,10	0,10	0,09	0,10	0,10	0,10	0,08	0,07	0,10	0,10
Nezaket	D	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,05	0,06	0,07
İletişim	E	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,07
Yeterlilik	F	0,08	0,08	0,06	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,08	0,08
Doktora duyulan güven	G	0,34	0,36	0,42	0,37	0,37	0,39	0,40	0,47	0,35	0,31
Tedavi	H	0,17	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,13	0,15	0,17	0,16
Temizlik	I	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,06
Ulaşılabilirlik	J	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03
	Toplam	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Öncelik ağırlıkları Her satır ortalaması alınır.

Tablo7 Öncelik ağırlıklar

KRİTERLER		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	ağırlıklar
Beleme süresinin az olması	A	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,04
Ücret	B	0,05	0,05	0,04	0,05	0,05	0,04	0,06	0,04	0,05	0,06	0,05
İlgi	C	0,10	0,10	0,09	0,10	0,10	0,10	0,08	0,07	0,10	0,10	0,10
Nezaket	D	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,05	0,06	0,07	0,06
İletişim	E	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,07	0,06
Yeterlilik	F	0,08	0,08	0,06	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,08	0,08	0,07
Doktora duyulan güven	G	0,34	0,36	0,42	0,37	0,37	0,39	0,40	0,47	0,35	0,31	0,38
Tedavi	H	0,17	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,13	0,15	0,17	0,16	0,17
Temizlik	I	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,06	0,05
Ulaşılabilirlik	J	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03
	toplam	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

2.2.5 Tutarlılık Oranı

C vektörü ve D vektörü

Tablo 5 de 1. Satırdaki değerlerle tablo 6' nin 1. Satırındaki değerlerle çarpımının toplamı sonucu C vektörü oluşuyor

Daha sonra C vektörünün öncelik ağırlığa bölünmesiyle D vektörü bulunur.

Tablo 8 C ve D vektörü

C_ vektör	D_ Vektör
0,44	10,02
0,50	10,02
0,97	10,04
0,55	10,02
0,59	10,02
0,71	10,02
3,83	10,15
1,71	10,10
0,47	10,02
0,32	10,05
Ortalama	10,05

D vektörünün ortalaması aldığımızda a_{max} bulunmuş olur

a_{max} bulunduktan sonra CI(tutarlılık indisi)= (10,05-10)/9 =0,005 CI bulunur.

CI	0,005
CR	0,003

Tablo 9 Rastgele tutarlılık indisi

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
R.I	0	0	0,58	0,9	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49	1,51	1,48	1,56	1,57

CR(tutarlılık oranı) bulmak için CI /1,49 N=10 olduğu için R.I değeri 1,49

CR 0,003 0,10'dan küçük olduğu için ikili karşılaştırmada kabul edilebilir tutarlılık mevcuttur.

Kriterlere ağırlıklarına bakıldığında en fazla G kriteri _doktora duyulan güven 0,38 daha sonra H kriteri tedavi 0,17 ve sonrada C_kriteri ilgi 0,10 en fazla ağırlığa sahiptir.

Kriterlerin Genel Ağırlık

A kriteri _bekleme süresi için genel ağırlık

Bekleme süresinin ortalamaları alındıktan sonra normalize ederiz ve genel ağırlıklarını buluruz.

Tablo 10 Bekleme süresi için genel ağırlık

A kriteri (bekleme süresi)	normalize		
özel hastane bekleme süresinin ortalaması	13,31	1,00	0,75
devlet hastanesinin bekleme süresinin ortalaması	39,20	0,34	0,25
	Toplam	1,34	

Normalize ederken bekleme süresi az olan özel hastane ortalamasını kendisine ve devlet hastanesine ortalamasına bölünür .($\frac{13,31}{13,31} = 1$ $\frac{13,31}{39,20} = 0,34$ ikisinin toplamı $1+0,34=1,34$ daha sonra $\frac{1}{1,34} = 0,75$ $\frac{0,34}{1,34} = 0,25$). Burada özel hastanenin%75 daha fazla tercih edildiği görülmektedir.

B kriteri_ ücret için genel ağırlık

B özeliği_ ücretin ortalamalarını aldıktan sonra normalize ederiz ve genel ağırlıklarını buluruz.

Tablo 11 Ücret için genel ağırlık

B kriteri (ücret)	normalize		
Özel hastane ücret ortalaması	27,76	0,56	0,36
Devlet hastanesi ücret ortalaması	15,5	1,00	0,64
Toplam	1,56		

normalize ederken ücreti az olan devlet hastanesini ortalaması kendisine ve özel hastaneye bölünür. ($\frac{15,5}{27,76} = 0,56$ $\frac{15,5}{15,5} = 1$) İkisi toplanır $1+0,56=1,56$ toplamadıktan sonra ($\frac{0,56}{1,56} = 0,36$ $\frac{1}{1,56} = 0,64$) olarak bulunuyor. Burada%64 devlet hastanesinin daha fazla tercih edildiği görülmektedir

C kriteri_ ilgi için genel ağırlık

Tablo 12 ilgi için genel ağırlık

C kriteri (doktorun gösterdiği ilgi)	Normalize	
özel hastanedeki doktorların gösterdiği ilgi ortalaması	4,41	0,52
devlet hastanesindeki doktorların gösterdiği ilgi ortalaması	4,07	0,48
Toplam	8,48	

Normalize etmek için ortalamalarını toplarız ve ortalamaları toplama böleriz

$$\frac{4,41}{8,48} = 0,52 \quad \frac{4,07}{8,48} = 0,48 \quad \%52 \text{ ile özel hastane ilgisi daha fazla tercih ediliyor.}$$

Diğer kriterlerin genel ağırlıklarını da aynı şekilde yapılmıştır

D kriteri_ nezaket için genel ağırlık

Tablo 13 nezaket için genel ağırlık

D kriteri (nezaket)	normalize	
özel hastane nezaket ortalaması	4,41	0,52
devlet hastanesi nezaketinin ortalaması	4,04	0,48
Toplam	8,45	1,00

E kriteri_ iletişim için genel ağırlık

Tablo 14 İletişim için genel ağırlık

E kriteri (iletişim)		normalize
özel hastane iletişim ortalaması	4,40	0,52
devlet hastanesinin iletişim ortalaması	4,04	0,48
Toplam	8,44	

F kriteri_ yeterlilik için genel ağırlık

Tablo 15 Yeterlilik için genel ağırlık

F kriteri (yeterlilik)		normalize
özel hastanedeki yeterlilik ortalaması	4,40	0,52
devlet hastanedeki yeterliliğin ortalaması	4,07	0,48
Toplam	8,47	

G kriteri_ doktora duyulan güven için genel ağırlık

Tablo 16 Doktora duyulan güven için genel ağırlık

G kriteri (doktorun duyulan güven)		normalize
özel hastane doktorlarına duyulan güven ortalaması	4,38	0,52
devlet hastanesinin doktorlarına duyulan güven ortalaması	4,07	0,48
Toplam	8,45	

H kriteri_ tedavi için genel ağırlık

Tablo 17 Tedavi için genel ağırlık

H kriteri (tedavi)		normalize
özel hastane tedavi ortalaması	4,22	0,52
devlet hastanesinde tedavi ortalaması	3,90	0,48
Toplam	8,12	

I kriteri_ temizlik için genel ağırlık

Tablo 18 Temizlik için genel ağırlık

I kriteri (hastane temizliği)		normalize
özel hastane temizlik ortalaması	3,97	0,54
devlet hastanesi temizlik ortalaması	3,36	0,46
Toplam	7,33	

J kriteri_ ulaşılabilirlik için genel ağırlık

Tablo 19 Ulaşılabilirlik için genel ağırlık

j kriteri (hastaneye ulaşım)		normalize
özel hastane ulaşılabilirlik ortalaması	4,08	0,52
devlet hastanesi ulaşılabilirlik ortalaması	3,72	0,48
Toplam	7,80	

Genel ağırlıklar

m =kriter sayısı belirtir

p_{k_i} =Alternatif k nın i özeliği açısından öncelik ağırlığı

w_i = i özeliğinin ağırlığı

p_k =Alternatif k nın öncelik ağırlığı

$$p_k = \sum_{i=1}^m w_i p_{k_i}$$

Kriterlerin ağırlıkları										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Ağırlıklar	0,04	0,05	0,10	0,06	0,06	0,07	0,38	0,17	0,05	0,03

Alternatif	Alternatifler için Ağırlıklar									
özel	0,75	0,36	0,52	0,52	0,52	0,52	0,52	0,52	0,54	0,52
devlet	0,25	0,64	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,46	0,48

$$p_{\text{özel}} = \sum_{i=1}^m w_i p_{k_i}$$

$$p_{\text{özel}} = (0,04*0,75)+(0,05*0,36)+(0,10*0,52)+(0,06*0,52)+(0,06*0,52)+0,07*0,52)+(0,38*0,52)+(0,17*0,52)+(0,05*0,54)+(0,03*0,52)$$

$$p_{\text{özel}} = 0,52$$

Aynı şekilde

$$p_{\text{devlet}} = 0,48$$

Kriterlerin ağırlıkları											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Alternatif öncelik Ağırlıkları
Ağırlıklar	0,04	0,05	0,10	0,06	0,06	0,07	0,38	0,17	0,05	0,03	
Alternatif	Alternatifler için Ağırlıklar										
Özel	0,75	0,36	0,52	0,52	0,52	0,52	0,52	0,52	0,54	0,52	0,522
Devlet	0,25	0,64	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,46	0,48	0,478

%52 ile özel hastane daha fazla tercih ediliyor.

2.2.6 Genel Tutarlılık Oranı

Bütün hiyerarşi için bütünleşmiş tutarlılık indeksi (M) in bütünleşik rassal indeksi (\bar{M}) olan oranı ile CRH bulunur.

$$M = CI + |kriterlerin ağırlığı|x|C vektörü|$$

$$\bar{M} = RI + |kriterlerin ağırlığı|x|D vektörü|$$

$$CRH = \frac{M}{\bar{M}} < 0,1 \text{ olduğu için hiyerarşinin tutarlılığı kabul edilebilir}$$

$$M = 0,005 + |0,04 \ 0,05 \ 0,10 \ 0,06 + 0,06 + 0,07 + 0,38 + 0,17 + 0,05 + 0,03| x \begin{matrix} 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \end{matrix}$$

$$M = 0,005$$

$$\bar{M} = 1,49 + |0,04 \ 0,05 \ 0,10 \ 0,06 + 0,06 + 0,07 + 0,38 + 0,17 + 0,05 + 0,03| x \begin{matrix} 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \end{matrix}$$

$$\bar{M} = 1,49$$

$$CRH = \frac{M}{\bar{M}} = 0,003 < 0,1 \text{ olduğu için hiyerarşinin tutarlılığı kabul edilebilir}$$

İkili karşılaştırmalar için RI=0 ve de her bir kriter için karşılaştırmalar performansına dayalı olduğu için CI=0 olduğundan C.H.R ve de C.R eşit bulunmuş olup 0.003 olarak elde edilmiştir. Bu değer kritik değer olan 0.1 den küçük olduğu için hem kriterler karşılaştırma metriksinde hem de karar hiyerarşisinin tutarlılığında bir sorun mevcut değildir.

BÖLÜM 3

3.1 SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HASTA MEMNUNİYET ANALİZİ

3.1.1 Araştırmanın Konusu Ve Kapsamı

Araştırmanın konusu sağlık sektöründe hasta memnuniyeti ölçümü ve hastane türlerine göre (devlet hastaneleri ve özel hastanelerde) kıyaslanmasıdır.

Araştırmanın kapsamı Mersin ilinde bulunan devlet hastanelerinden ve özel hastanelerden yararlanan hastalardan oluşmaktadır. Hastanelerin 4 polikliniğinde (kardoloji, dahilye, genel cerrahi ve kulak burun boğazda) 400 hastaya anket uygulanmıştır.

Hasta memnuniyeti ölçümü ve istatistiksel analiz yapılmıştır.

3.1.2 Araştırmanın Önemi

Devlet hastaneleri ve özel hastanedeki hasta memnuniyetinin belirlenmesi ve memnuniyetsizliklerin giderilmesidir.

3.1.3 Araştırma Yöntemi

Araştırma ile ilgili verilerin toplanmasında anket metodu kullanılmıştır.

Poliklinikteki hastalara “ Hasta Memnuniyet Anketi” uygulanmıştır. Anket formu hazırlanırken soruların, cevaplayıcılar tarafından anlaşılır ve net olmasına özen gösterilmiştir. Anket 33 sorudan oluşmakta ve 20 soruda beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veri SPSS veri analizi 16.0 programında “t- testi” ve “ANOVA” ya göre değerlendirilmiştir.

3.1.4 Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırma Mersin’de sağlık hizmeti sunan devlet hastanesinde her poliklinikte 50 hastaya ve toplamda 4 poliklinikte 200 kişiye anket uygulanmıştır. Özel hastanede de yine aynı şekilde her poliklinikte 50 kişi ve toplamda 4 poliklinikte 200 kişiye anket uygulanmıştır.

Örneklem seçimini %99,9 güvenirlilik varyansın 1 olduğunu kabul edip 0,5 hata için her bir bölümden

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2} = \frac{(3,27)^2 1^2}{(1/2)^2} = 10,69 * 4 = 42,73$$

Her bir poliklinikten 50 tane örneklem aldık.

3.1.5 Araştırmanın Güvenirlik Testi

Ankete güvenilirlik testi yaptığımızda %90 güvenirliliktir.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,900	8

Cronbarh's Alpha değeri 0,90 olup 0,85'ten büyük olduğu için analiz için güvenli verilere sahip olduğunu söylenebilir.

3.1.6 Araştırma Bulguları

Demografik özellikler

Tablo 20 Hasta cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadın	213	53,2	53,2	53,2
	Erkek	187	46,8	46,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Yapılan anket çalışmasında cinsiyetin %53,2 yani yarıdan biraz fazlası kadın hastalardan oluşurken %46,8 i erkek hastalardan oluşmuştur.

Tablo 21 Hastaların yaşlarına göre dağılımı

Yaş

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0_15	30	0,8	0,8	0,8
	16_30	61	15,2	15,2	16,0
	31_45	97	24,2	24,2	40,2
	46_60	129	32,2	32,2	72,5
	61_70	101	25,2	25,2	97,8
	70 üstü	9	2,2	2,2	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Anket çalışmasında demografik değişken olarak ele alınan yaş değişkeni gruplara ayrıldığında 0-15 yaş grubundan 30 kişiye anket çalışması yapılırken, 16-30 yaş aralığındaki hastalara 61 adet, 31-45 yaş aralığındaki hastalara 97 adet anket, 46-60 yaş grubundaki hastalara 129, 61-70 yaş grubundaki hastalara 101 adet ve 70 yaş üstü hastalara 9 adet anket çalışması uygulanmıştır.

Tablo 22 Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı

		Eğitim Durumu			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Okuryazar olmayan	28	7,0	7,0	7,0
	İlkokul	148	37,0	37,0	44,0
	Ortaokul	73	18,2	18,2	62,2
	Lise	85	21,2	21,2	83,5
	Üniversite	66	16,5	16,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Anket çalışması için seçilen 400 adet örneklemin eğitim seviyelerine göre sıralandığında %7si okuryazar olmayan, %37 si ilkökul, %18,2 ortaokul ,%21,2lise ve %16,5 üniversite oluşmaktadır.

Tablo 23 Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımları

		Sosyal Güvenceniz			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Emekli sandığı	41	10,2	10,2	10,2
	SSK	227	56,8	56,8	67,0
	Bağ_kur	32	8,0	8,0	75,0
	Yeşil kart	66	16,5	16,5	91,5
	Özel	34	8,5	8,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Anket çalışmasında demografik değişken olarak ele alınan sosyal güvence değişkeni %10,2 Emekli Sandığından ,%56,8 SSK , %8 i Bağ_Kur, %16,5 Yeşil kartlı ve %8,5 özel oluşmaktadır.

Tablo 24 Hastaların hizmet aldıkları bölümlere göre dağılımları

		Hizmet aldığınız bölüm			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kardiyoloji	100	25,0	25,0	25,0
	Dâhiliye	100	25,0	25,0	50,0
	Genel cerrahi	100	25,0	25,0	75,0
	KBB	100	25,0	25,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Anket çalışması dört bölümde uygulanmıştır kardiyoloji, dâhiliye, genel cerrahi, kulak burun boğaz her bölümde 100'er kişiye anket uygulanmıştır.

Tablo 25 Hastane türüne göre dağılım

		Hastane türü			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Devlet	200	50,0	50,0	50,0
	Özel	200	50,0	50,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Anket çalışması için iki hastane seçilmiştir. Devlet hastanesinde 200 kişiye anket ve özel hastanede 200 kişiye anket uygulanmıştır.

3.2 HİPOTEZLERİN TEST EDİLMESİ

Hipotez testi 1:

H₀: Hastaların doktora duyduğu güven cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

H₁: Hastaların doktora duyduğu güven cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

T_test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Kadın	213	4,2723	0,55033	1.952	0,051	Not Sig
Erkek	187	4,1658	0,53812			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Doktorun Tecrübesine Duyduğunuz Güven	Equal variances assumed	4,756	0,03	1,952	398	0,052	0,10653	0,05458	-0,0007	0,21383
	Equal variances not Assumed			1,955	393,4	0,051	0,10653	0,0545	-0,0006	0,21368

Bağımsız örneklemlili t-testinde p-değeri 0.051 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani erkeklerin hastaların doktorlara duyduğu güven ile kadın hastaların doktora duyduğu güven arasında istatistiksel olarak bir fark mevcut değildir.

Ancak test %94 güven seviyesinde p değerinde farklılık göstermektedir.

Kadın hastaların doktora duydukları güven daha fazladır

Not: t değerinin bulunması $t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s/\sqrt{n}}$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{standart error}} = \frac{0,10653}{0,05458} = 1,95$$

P(T > 1,95)=0,026 p değerinin yarısı demek (p değeri= 0,052)

Hipotez testi 2:

H₀:Hastaların doktora duyduğu güven yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların doktora duyduğu güven yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	0,861	5	0,172	0,573	0,721	Not Sig.
Within Group	118,337	394	0,300			
Total	119,197	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.721 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların doktorlara duyduğu güven yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.İstatistiksel olarak anlamlı değildir.

Hiptez testi 3:

H₀:Hastaların doktora duyduğu güven eğitim durumlarına göre değişmemektedir.

H₁:Hastaların doktora duyduğu güven eğitim durumlarına göre değişmektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	1,421	4	0,355	1,191	0,314	Not Sig.
Within Group	117,777	395	0,298			
Total	119,198	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.314 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların doktorlara duyduğu güven eğitim durumlarına göre değişmemektedir. Eğitim durumunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını söyleyebiliriz.

Hipotez testi 4 :

H₀:Hastaların doktora duyduğu güven sosyal güvencelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların doktora duyduğu güven sosyal güvencelerine göre farklılık göstermektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	6,630	4	1,657	5,816	0,000	Sig
Within Group	112,568	395	0,285			
Total	119,198	399				

Multiple Comparisons

Doktorun Tecrübesine Duyduğunuz Güven

Tukey HSD

(I) Sosyal Güvenceniz	(J) Sosyal Güvenceniz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Emekli sandığı	SSK	-0,13796	0,09059	0,548	-0,3862	0,1103
	Bağ-kur	-0,40930*	0,12592	0,011	-0,7544	-0,0642
	Yeşil kart	0,10680	0,10615	0,853	-0,1841	0,3977
	Özel	-0,08393	0,12382	0,961	-0,4233	0,2554
SSK	Emekli Sandığı	0,13796	0,09059	0,548	-0,1103	,3862
	Bağ-kur	-0,27134	0,10080	0,057	-0,5476	0,0049
	Yeşil kart	0,24476*	0,07465	0,010	0,0402	0,4493
	Özel	0,05403	0,09817	0,982	-0,2150	0,3231
Bağ-kur	Emekli Sandığı	0,40930*	0,12592	0,011	,00642	0,7544
	SSK	0,27134	0,10080	0,057	-0,0049	0,5476
	Yeşil kart	0,51610*	0,11499	0,000	0,2010	0,8312
	Özel	0,32537	0,13148	0,099	-0,0349	0,6857
Yeşil kart	Emekli Sandığı	-0,10680	0,10615	0,853	-0,3977	0,1841
	SSK	-0,24476*	0,07465	0,010	-0,4493	-0,0402
	Bağ-kur	-0,51610*	0,11499	0,000	-0,8312	-0,2010

	Özel	-0,19073	0,11269	0,440	-0,4996	0,1181
Özel	Emekli Sandığı	0,08393	0,12382	0,961	-0,2554	0,4233
	SSK	-0,05403	0,09817	0,982	-0,3231	0,2150
	Bağ-kur	-0,32537	0,13148	0,099	-0,6857	0,0349
	Yeşil kart	0,19073	0,11269	0,440	-0,1181	0,4996
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.						

%95 güven aralıklı çoklu Tukey karşılaştırmalarına baktığımızda Emekli Sandığına bağlı hastaların memnuniyetleriyle sosyal güvencesi Bağ-Kur olan hastaların memnuniyetleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıktı (p-value 0.011 önem seviyesi 0.05'ten küçüktür) yani sosyal güvencesi Bağ-Kur olan hastaların doktora duyduğu güven seviyesi Emekli Sandığına bağlı hastaların doktora duyduğu güven seviyesinden daha büyük olduğu görülmektedir.

Yine aynı şekilde SSK'lı hastaların doktora duyduğu güven seviyesi Yeşil kartlı hastaların doktora duyduğu güven seviyesinden daha büyük olduğu görülmektedir.(P.value 0.01)

Bundan başka Bağ-Kur'lu hastaların doktora duyduğu güven seviyesi yeşil kartlı hastaların doktora duyduğu güven seviyesinden daha büyük olduğu görülmektedir. (P value 0,00).

Hipotez testi 5:

H₀:Hastaların doktora duyduğu güven hizmet aldıkları bölümlere göre değişmemektedir.

H₁:Hastaların doktora duyduğu güven hizmet aldıkları bölümlere göre değişmektedir

ANOVA

Doktorun Tecrübesine Duyduğunuz Güven

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	0,688	3	0,229	0,766	0,514	Not Sig.
Within Group	118,510	396	0,299			
Total	119,197	399				

Tek yönlü varyans testinde p-değeri 0.514 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların doktorlara duyduğu güven hizmet aldıkları bölümlere göre değişmemektedir. Hastaların hizmet aldıkları bölümler istatistiksel olarak anlamlı değil.

Hiptez testi 6:

H₀:Hastaların doktora duyduğu güven hastane türüne göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların doktora duyduğu güven hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

T_test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Devlet	200	4,0700	0,48609	-5,804	0,000	Sig
Özel	200	4,3750	0,56210			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Doktorun Tecrübesine Duyduğunuz Güven	Equal variances assumed	51,919	0,00	-5,804	398	0,000	-0,30500	0,05255	-0,40830	-0,2017
	Equal variances not Assumed			-5,804	389,885	0,000	-0,30500	0,05255	-0,40831	-0,2016

Bağımsız örneklemlili t-testinde p-değeri 0.000 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten küçük olduğu için null hipotezi reddederiz. Yani devlet hastanesinin giden hastalarının doktorlara duyduğu güven ile özel hastaneye giden hastaların doktora duyduğu güven arasında istatistiksel olarak bir fark mevcuttur.

Özel hastaneye giden hastaların doktora duyduğu güven daha büyüktür.

Hiptez testi 7:

H₀:Hastaların tedaviye bakışı cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların tedaviye bakışı cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

T_test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Kadın	213	4,0939	0,59922	1,324	0,186	Not Sig
Erkek	187	4,0160	0,57245			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Uygun Teşhis ve Tedavi Konusunda yeterli Bilgi verilmesi	Equal variances assumed	2,586	0,109	1,324	398	0,186	0,07785	0,05881	-0,03776	0,19347
	Equal variances not assumed			1,328	395,1	0,185	0,07785	0,05864	-0,03742	0,19313

Bağımsız örneklemlerle t-testinde p-değeri 0.186 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05 ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani kadın hastaların tedaviye bakışı erkek hastaların tedaviye bakışı arasında istatistiksel olarak bir fark mevcut değildir.

Hiptez testi 8:

H₀:Hastaların tedaviye bakış açısındaki görüşleri yaşlarına göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların tedaviye bakış açısındaki görüşleri yaşlarına göre farklılaşmaktadır.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	0,549	5	0,110	0,315	0,904	Not Sig.
Within Group	137,129	394	0,348			
Total	137,678	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.904 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların tedaviye bakış açısındaki görüşleri yaşlarına göre farklılaşmamaktadır. Hastaların yaşları istatistiksel olarak anlamlı değil.

Hipotez testi 9:

H₀:Hastaların tedaviye bakışı eğitim durumlarına göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların tedaviye bakışı eğitim durumlarına göre farklılaşmaktadır

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	2,210	4	0,552	1,611	0,171	Not Sig.
Within Group	135,468	395	0,343			
Total	137,678	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.171 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların tedaviye bakışı eğitim durumlarına göre farklılaşmamaktadır . Hastaların eğitim durumları istatistiksel olarak anlamlı değil.

Hipotez testi 10:

H₀:Hastaların tedaviye bakışı sosyal güvencelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların tedaviye bakışı sosyal güvencelerine göre farklılık göstermektedir

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	3,866	4	0,966	2,853	0,024	Sig.
Within Group	133,812	395	0,339			
Total	137,677	399				

Multiple Comparisons

Uygun teşhis ve tedavi konusunda yeterli bilgi vermesi

Tukey HSD

(I) Sosyal Güvenceniz	(J) Sosyal Güvenceniz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Emekli sandığı	SSK	-,02611	,09877	,999	-,2968	,2446
	Bağ-kur	-,16997	,13729	,729	-,5462	,2063
	Yeşil kart	,18514	,11574	,498	-,1320	,5023
	Özel	-,12769	,13500	,879	-,4977	,2423
SSK	Emekli Sandığı	,02611	,09877	,999	-,2446	,2968
	Bağ-kur	-,14386	,10990	,686	-,4450	,1573
	Yeşil kart	,21125	,08140	,073	-,0118	,4343
	Özel	-,10158	,10703	,877	-,3949	,1917
Bağ-kur	Emekli Sandığı	,16997	,13729	,729	-,2063	,5462
	SSK	,14386	,10990	,686	-,1573	,4450
	Yeşil kart	,35511*	,12538	,039	,0115	,6987
	Özel	,04228	,14335	,998	-,3506	,4351
Yeşil kart	Emekli Sandığı	-,18514	,11574	,498	-,5023	,1320
	SSK	-,21125	,08140	,073	-,4343	,0118
	Bağ_kur	-,35511*	,12538	,039	-,6987	-,0115

	Özel	-,31283	,12287	,083	-,6495	,0239
Özel	Emekli Sandığı	,12769	,13500	,879	-,2423	,4977
	SSK	,10158	,10703	,877	-,1917	,3949
	Bağ-kur	-,04228	,14335	,998	-,4351	,3506
	Yeşil kart	,31283	,12287	,083	-,0239	,6495
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.						

%95 güven aralıklı çoklu Tukey karşılaştırmalarına baktığımızda yeşil kart sahibi olan hastaların tedaviye bakışı ile sosyal güvencesi Bağ-Kur'lu hastaların tedaviye bakışı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı(p-value 0,039 önem seviyesi 0,05'ten küçüktür) yani sosyal güvencesi Bağ-kur olan hastaların tedavi memnuniyeti sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların tedavi memnuniyetinden daha büyük bir değere sahip olduğunu görülmektedir.

Hipotez testi 11:

H₀:Hastaların tedaviye bakışı hizmet aldıkları bölümlere göre farklılık göstermemektedir.

H₀:Hastaların tedaviye bakışı hizmet aldıkları bölümlere göre farklılık göstermektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	1,408	3	0,469	1,363	0,254	Not Sig.
Within Group	136,270	396	0,344			
Total	137,678	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.254 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların tedaviye bakışı hizmet aldıkları bölümlere göre farklılık göstermemektedir. . Hastaların hizmet aldıkları bölümler istatistiksel olarak anlamlı değil.

Hiptez testi 12:

H₀:Hastaların tedaviye bakış açısındaki görüşleri hastane türüne göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların tedaviye bakış açısındaki görüşleri hastane türüne göre farklılaşmaktadır.

T-Test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Devlet	200	3,9000	0,57590	-5,560	0,000	Sig
Özel	200	4,2150	0,55707			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Uygun Teşhis ve Tedavi Konusunda Yeterli Bilgi vermesi	Equal variances assumed	2,347	0,126	-5,560	398	0,000	-0,31500	0,05666	-0,42638	-0,2036
	Equal variances not assumed			-5,560	387,561	0,000	-0,31500	0,05666	-0,42638	-0,2036

Bağımsız örneklemler t-testinde p-değeri 0.000 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten küçük olduğu için null hipotezi reddederiz. Yani devlet hastanesinin doktorların uygun teşhis ve tedavi konusunda yeterli bilgi vermesi ile özel hastanenin doktorların uygun teşhis ve tedavi konusunda yeterli bilgi vermesi arasında istatistiksel olarak bir fark mevcuttur.

Özel hastanenin doktorlarının uygun teşhis ve tedavi konusundaki yeterli bilgi vermesi daha büyük bir değere sahiptir.

Hipotez testi 13:

H₀:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri cinsiyetlerine göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri cinsiyetlerine göre farklılaşmaktadır.

T_Test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Kadın	213	4,2911	0,59856	1.881	0,061	Not Sig
Erkek	187	4,1765	0,61860			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Doktorun gösterdiği İLGİ	Equal variances assumed	2,222	0,137	1,881	398	0,061	0,11461	0,06093	-0,00517	0,23439
	Equal variances not assumed			1,877	387,650	0,061	0,11461	0,06106	-0,00544	0,23466

Bağımsız örneklemlili t-testinde p-değeri 0.061 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani erkeklerin hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri ile kadın hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri arasında istatistiksel olarak bir fark mevcut değildir.

Ancak test %93 güven seviyesinde p değerinde farklılık göstermektedir.

Kadın hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı memnuniyet görüşleri daha fazladır

Hipotez testi 14:

H₀:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	0,395	5	0,079	0,210	0,958	Not Sig.
Within Group	148,043	394	0,376			
Total	148,438	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri(olasılık değeri) 0.958 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi red etmeyiz. Yani hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.istatistiksel olarak anlamlı olmadığını söyleyebiliriz.

Hipotez testi 15:

H₀:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri eğitim durumlarına göre değişmemektedir.

H₁:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri eğitim durumlarına göre değişmektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	2,469	4	0,617	1,670	0,156	Not Sig.
Within Group	145,969	395	0,370			
Total	148,438	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.156 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri eğitim durumlarına göre değişmemektedir. Hastaların eğitim durumları istatistiksel olarak anlamlı olmadığını söyleyebiliriz.

Hipotez testi 16:

H₀:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri sosyal güvencelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri sosyal güvencelerine göre farklılık göstermektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	4,442	4	1,111	3,046	0,017	Sig.
Within Group	143,995	395	0,365			
Total	148,438	399				

Multiple Comparisons

Doktorun Gösterdiği İLGI

Tukey HSD

(I) Sosyal Güvenceniz	(J) Sosyal Güvenceniz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Emekli Sandığı	SSK	-,06479	,10246	,970	-,3456	,2160
	Bağ-kur	-,27363	,14242	,308	-,6639	,1167
	Yeşil kart	,14967	,12006	,724	-,1794	,4787
	Özel	-,09900	,14005	,955	-,4828	,2848
SSK	Emekli Sandığı	,06479	,10246	,970	-,2160	,3456
	Bağ-kur	-,20884	,11401	,357	-,5213	,1036
	Yeşil kart	,21446	,08444	,084	-,0169	,4458
	Özel	-,03421	,11103	,998	-,3385	,2701
<u>Bağ-kur</u>	Emekli Sandığı	,27363	,14242	,308	-,1167	,6639
	SSK	,20884	,11401	,357	-,1036	,5213
	<u>Yeşil kart</u>	,42330*	,13006	,011	,0669	,7797
	Özel	,17463	,14871	,766	-,2329	,5822
Yeşil kart	Emekli Sandığı	-,14967	,12006	,724	-,4787	,1794
	SSK	-,21446	,08444	,084	-,4458	,0169
	Bağ-kur	-,42330*	,13006	,011	-,7797	-,0669
	Özel	-,24866	,12746	,292	-,5979	,1006

Özel	Emekli Sandığı	,09900	,14005	,955	-,2848	,4828
	SSK	,03421	,11103	,998	-,2701	,3385
	Bağ-kur	-,17463	,14871	,766	-,5822	,2329
	Yeşil kart	,24866	,12746	,292	-,1006	,5979
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.						

%95 güven aralıklı çoklu Tukey karşılaştırmalarına baktığımızda yeşil kart sahibi olan hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı memnuniyeti ile sosyal güvencesi Bağ-kurlu hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı memnuniyeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p-value 0,011 önem seviyesi 0,05'ten küçüktür) yani Bağ-kurlu hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı memnuniyeti yeşil kartlı hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı memnuniyetinden daha fazla olduğu görülmektedir.

Hipotez testi 17:

H₀:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri hizmet aldıkları bölümlere göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri hizmet aldıkları bölümlere göre farklılaşmaktadır.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	1,547	4	0,516	1,391	0,245	Not Sig.
Within Group	146,890	396	0,371			
Total	148,437	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.245 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri aldıkları bölümlere göre farklılaşmamaktadır. Hastaların hizmet aldıkları bölüm istatistiksel olarak anlamlı değil.

Hipotez testi 18:

H₀:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri hastane türlerin göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri hastane türlerin göre farklılaşmaktadır.

T_test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Devlet	200	4,0650	4,0650	-0,5890	0,000	Sig
Özel	200	4,4100	4,4100			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Doktorun Gösterdiği İLGİ	Equal variances assumed	39,099	0,00	-5,890	398	0,000	-0,34500	0,05857	-0,46015	-0,2298
	Equal variances not assumed			-5,890	389,885	0,000	-0,34500	0,05857	-0,46015	-0,2298

Bağımsız örneklemlili t-testinde p-değeri 0.000 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten küçük olduğu için null hipotezi reddederiz. Yani devlet hastanesinin doktorun gösterdiği ilgi ile özel hastane doktorların gösterdikleri ilgi arasında istatistiksel olarak bir fark mevcuttur.Özel hastanedeki doktorların gösterdikleri ilgi değeri daha büyüktür

Hipotez testi 19:

H₀:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

T_test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Kadın	213	4,0751	0,79740	2,362	0,019	Sig
Erkek	187	3,8877	0,78508			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hastaneye Bir Not Vermeniz gerekirse 1_5 arasında hangi notu verirsiniz	Equal variances assumed	0,191	0,662	2,362	398	0,019	0,18742	0,07933	0,03145	0,34338
	Equal variances not assumed			2,365	392,8	0,019	0,18742	0,07925	0,03160	0,34323

Bağımsız örneklemlerle t-testinde p-değeri 0.019 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten küçük olduğu için null hipotezi reddediyoruz. Yani kadınların hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmeleri erkek hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmelerindeki ortalama arasında istatistiksel olarak bir fark mevcuttur.

Kadınların hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmeleri daha büyüktür.

Hipotez testi 20:

H₀:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme yaşlarına göre farklılık göstermektedir

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
BetweenGroup	2,907	5	0,581	0,916	0,470	Not Sig.
Within Group	250,031	394	0,635			
Total	252,937	399				

Tek yönlü varyans analizi testinde p-değeri 0.470 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten büyük olduğu için null hipotezi reddetmeyiz. Yani hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme yaşlarına göre farklılık göstermemektedir. Hastaların yaşları istatistiksel olarak anlamlı değil.

Hipotez testi 21:

H₀:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	7,292	4	1,823	2,931	0,021	Sig.
Within Group	245,645	395	0,622			
Total	22,938	399				

Hastaneye bir not verirseniz (1çok kötü,2 kötü,3orta,4iyi,5çok iyi)hangi notu Verirsiniz eğitim Durumu Crosstabulation

		eğitim Durumu					Total	
		Okuryazar olmayan	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite		
HastaneyeBirNOTverirs eniz1ile5arasındaHangi NotuVerirsiniz	2	Count	0	1	0	3	2	6
		% within HastaneyeBirNOTverirs eniz1ile5arasındaHangi NotuVerirsiniz	,0%	16,7%	,0%	50,0%	33,3%	100,0%
		% within Eğitim Durumu	,0%	,7%	,0%	3,5%	3,0%	1,5%
		% of Total	,0%	,2%	,0%	,8%	,5%	1,5%
3	Count	16	45	21	18	11	111	
	% within HastaneyeBirNOTverirs eniz1ile5arasındaHangi NotuVerirsiniz	14,4%	40,5%	18,9%	16,2%	9,9%	100,0%	
	% within Eğitim Durumu	57,1%	30,4%	28,8%	21,2%	16,7%	27,8%	
	% of Total	4,0%	11,2%	5,2%	4,5%	2,8%	27,8%	
4	Count	9	57	33	30	36	165	
	% within HastaneyeBirNOTverirs eniz1ile5arasındaHangi NotuVerirsiniz	5,5%	34,5%	20,0%	18,2%	21,8%	100,0%	
	% within Eğitim Durumu	32,1%	38,5%	45,2%	35,3%	54,5%	41,2%	
	% of Total	2,2%	14,2%	8,2%	7,5%	9,0%	41,2%	
5	Count	3	45	19	34	17	118	
	% within HastaneyeBirNOTverirs eniz1ile5arasındaHangi NotuVerirsiniz	2,5%	38,1%	16,1%	28,8%	14,4%	100,0%	
	% within eğitim Durumu	10,7%	30,4%	26,0%	40,0%	25,8%	29,5%	
	% of Total	,8%	11,2%	4,8%	8,5%	4,2%	29,5%	
Total	Count	28	148	73	85	66	400	
	% within HastaneyeBirNOTverirs eniz1ile5arasındaHangi NotuVerirsiniz	7,0%	37,0%	18,2%	21,2%	16,5%	100,0%	
	% within Eğitim Durumu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	7,0%	37,0%	18,2%	21,2%	16,5%	100,0%	

Multiple Comparisons

HastaneyeBirNOTverirseniz1ile5arasındaHangiNotuVerirsiniz

Tukey HSD

(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Okuryazar olmayan	İlkokul	-,45077*	,16252	,046	-,8961	-,0054
	Ortaokul	-,43689	,17530	,094	-,9173	,0435
	Lise	-,58193*	,17183	,007	-1,0528	-,1110
	Üniversite	-,49459*	,17786	,045	-,9820	-,0072
İlkokul	Okuryazar olmayan	,45077*	,16252	,046	,0054	,8961
	Ortaokul	,01388	,11279	1,000	-,2952	,3230
	Lise	-,13116	,10732	,739	-,4253	,1629
	Üniversite	-,04382	,11672	,996	-,3637	,2761
Ortaokul	Okuryazar olmayan	,43689	,17530	,094	-,0435	,9173
	İlkokul	-,01388	,11279	1,000	-,3230	,2952
	Lise	-,14504	,12584	,778	-,4899	,1998
	Üniversite	-,05770	,13395	,993	-,4248	,3094
Lise	Okuryazar olmayan	,58193*	,17183	,007	,1110	1,0528
	İlkokul	,13116	,10732	,739	-,1629	,4253
	Ortaokul	,14504	,12584	,778	-,1998	,4899
	Üniversite	,08734	,12938	,962	-,2672	,4419
Üniversite	Okuryazar olmayan	,49459*	,17786	,045	,0072	,9820
	İlkokul	,04382	,11672	,996	-,2761	,3637
	Ortaokul	,05770	,13395	,993	-,3094	,4248
	Lise	-,08734	,12938	,962	-,4419	,2672

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

%95 güven aralıklı çoklu Tukey karşılaştırmasına baktığımızda okuryazar olmayan hastaların ortalama memnuniyetleriyle eğitim durumu ilkokul olan hastaların ortalama memnuniyetleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıktı (p-value 0.046 önem seviyesi 0.05'ten küçüktür) yani ilkokul okuyan hastaların ortalama memnuniyet

seviyelerinin okuryazar olmayan hastaların ortalama memnuniyet seviyelerinden daha büyük memnuniyete sahip olduğu görülmektedir.

Yine aynı şekilde lise bitiren hastaların ortalama memnuniyet seviyesi okuryazar olmayan hastaların ortalama seviyesinden daha büyük olduğu görülmektedir.

Bundan başka üniversite bitiren hastaların memnuniyet seviyesi okuryazar olmayan hastaların ortalama seviyesinden daha büyük olduğunu görülmektedir.

Hipotez testi 22:

H₀:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme sosyal gevencelerine göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme sosyal gevencelerine göre farklılaşmaktadır.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig.
Between Group	31,891	4	7,973	14,247	0,000	Sig.
Within Group	221,047	395	0,560			
Total	252,938	399				

Multiple Comparisons

HastaneyebirNOTverirseniz 1 çok kötü ile5çok iyi arasındaHangiNotuVerirsiniz

Tukey HSD

(I) Sosyal Güvenceniz	(J) Sosyal Güvenceniz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
<u>Emekli Sandığı</u>	SSK	-,11690	,12694	,889	-,4648	,2310
	Bağ-kur	-,36814	,17646	,228	-,8517	,1154
	<u>Yeşil kart</u>	,59682*	,14875	,001	,1892	1,0045
	Özel	-,17145	,17352	,861	-,6470	,3041
<u>SSK</u>	Emekli Sandığı	,11690	,12694	,889	-,2310	,4648
	Bağ-kur	-,25124	,14126	,388	-,6383	,1359
	<u>Yeşil kart</u>	,71372*	,10461	,000	,4270	1,0004
	Özel	-,05455	,13757	,995	-,4315	,3224
<u>Bağ-kur</u>	Emekli Sandığı	,36814	,17646	,228	-,1154	,8517

	SSK	,25124	,14126	,388	-,1359	,6383
	<u>Yeşil kart</u>	,96496*	,16114	,000	,5234	1,4066
	Özel	,19669	,18425	,823	-,3082	,7016
<u>Yeşil kart</u>	Emekli Sandığı	-,59682*	,14875	,001	-1,0045	-,1892
	SSK	-,71372*	,10461	,000	-1,0004	-,4270
	Bağ_kur	-,96496*	,16114	,000	-1,4066	-,5234
	<u>Özel</u>	-,76827*	,15792	,000	-1,2010	-,3355
Özel	Emekli Sandığı	,17145	,17352	,861	-,3041	,6470
	SSK	,05455	,13757	,995	-,3224	,4315
	Bağ-kur	-,19669	,18425	,823	-,7016	,3082
	Yeşil kart	,76827*	,15792	,000	,3355	1,2010

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

%95 güven aralıklı çoklu Tukey karşılaştırmalarına baktığımızda Emekli Sandığına bağlı hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaları hastane için yaptıkları değerlendirmeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıktı (p-value 0.011 önem seviyesi 0.05'ten küçüktür) yani Emekli Sandığına bağlı olan hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme, yeşil karta bağlı hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmeden daha büyük bir memnuniyete sahip olduğunu göstermektedir.

Yine aynı şekilde SSK'lı hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme yeşil kartlı hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmeden daha büyük bir memnuniyete sahip olduğu görülmektedir.

Bundan başka Bağ-kurlu hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme yeşil kartlı hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmeden daha büyük bir memnuniyete sahip olduğuna görülmektedir.

Son olarak, özel hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme yeşil kartlı hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmeden daha büyük bir memnuniyete sahip oldukları yönündedir.

Hipotez testi 23:

H₀: Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmede hizmet aldıkları bölümlere göre farklılaşmamaktadır.

H₁: Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmede hizmet aldıkları bölümlere göre farklılaşmaktadır.

ANOVA

Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P-Value	Sig
Between Group	7,408	3	2,469	3,982	0,008	Sig.
Within Group	245,530	396	0,620			
Total	252,937	399				

Multiple Comparisons

Hastaneye Bir NOT verirsiniz 1 ile 5 arasında Hangi Notu Verirsiniz

Tukey HSD

(I) Hizmet Aldığınız Bölüm	(J) Hizmet Aldığınız Bölüm	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
<u>Kardiyoloji</u>	Dâhiliye	,19000	,11136	,322	-,0973	,4773
	Genel cerrahi	,31000*	,11136	,029	,0227	,5973
	<u>KBB</u>	,35000*	,11136	,010	,0627	,6373
Dâhiliye	Kardiyoloji	-,19000	,11136	,322	-,4773	,0973
	Genel cerrahi	,12000	,11136	,703	-,1673	,4073
	KBB	,16000	,11136	,477	-,1273	,4473
Genel cerrahi	Kardiyoloji	-,31000*	,11136	,029	-,5973	-,0227
	Dâhiliye	-,12000	,11136	,703	-,4073	,1673
	KBB	,04000	,11136	,984	-,2473	,3273
KBB	Kardiyoloji	-,35000*	,11136	,010	-,6373	-,0627
	Dâhiliye	-,16000	,11136	,477	-,4473	,1273
	Genel cerrahi	-,04000	,11136	,984	-,3273	,2473

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

%95 güven aralıklı çoklu Tukey karşılaştırmalarına baktığımızda kardiyoloji bölümüne giden hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmeyle KBB bölümüne giden hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıktı. (p-value 0.010 önem seviyesi 0.05'ten küçüktür) yani kardiyoloji bölümüne giden hastaların hastane için yaptıkları değerlendirme KBB bölümüne giden hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmeden daha büyük bir memnuniyete sahip olduğu görülmektedir.

Hipotez testi 24:

H₀:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmede hastane türlerine göre farklılaşmamaktadır.

H₁:Hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmede hastane türlerine göre farklılaşmaktadır.

T_test

Cinsiyet	N.	Mean	Std. Deviation	T-Value	P-Value	Sig
Devlet	200	3,5700	0,73334	-12,30	0,000	Sig
Özel	200	4,0650	0,61878			

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	P Sig(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hastaneye Bir Not Vermeniz gerekirse 1_5 arasında hangi notu verirsiniz	Equal variances assumed	8,666	0,003	-12,30	398	0,000	-0,83500	0,06785	-0,968	-0,701
	Equal variances not Assumed			-12,30	387,04	0,000	-0,83500	0,06785	-0,968	-0,701

Bağımsız örneklemlili t-testinde p-değeri 0.000 bulunmuş olup önem seviyesi 0.05'ten küçük olduğu için null hipotezi reddediyoruz. Yani devlet hastanesindeki hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmeleri ile özel hastanedeki hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak bir fark mevcuttur.

Özel hastanedeki hastaların hastaneye karşı olan genel memnuniyet değerlendirmeleri daha büyüktür.

Sonuç

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi önemli bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçülmesinde hasta memnuniyeti önemli belirleyicilerden biridir.

Bu çalışmada, sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin ne derecede sağlandığını kısmen ölçmek ve en fazla tercih edilen hastane türünü bulmak için yapılmıştır. Bu araştırma Mersin Devlet Hastanesinde ve bir özel hastanede yapılmış, 4 poliklinikte (kardiyoloji, dâhiliye, genel cerrahi ve kulak burun boğaz) ayakta tedavi gören hastalara anket uygulanmıştır. Çalışmada öncelikle AHP yöntemi kullanılmış olup, hasta memnuniyetini belirleyen on kriter (bekleme süresi, ücret, ilgi, nezaket, iletişim, yeterlilik, doktora duyulan güven, tedavi, temizlik ve ulaşılabilirlik) göz önüne alınmıştır. Bu kriterler incelendiğinde, doktora duyulan güven %38’le müşteri memnuniyetini en çok etkileyen kriter olarak bulundu.

Doktora duyulan güvenden sonra en önemli kriter %17’yle uygun tedavi ve %10’ la ilgi kriteri olmuştur.

AHP’ de belirlenen hasta memnuniyeti oluşturmada seçilen üç kritere (doktora duyulan güven, tedavi, ilgi), hastaların hastaneye verdikleri genel memnuniyet puanına dayanarak bu kriterler, demografik özelliğe göre (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, hizmet aldığı bölüm ve hastane çeşidi) analiz edilmiş ve aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Demografik özelliklerden hastaların cinsiyeti incelendiğinde

_ %90 güven seviyesinde kadın hastaların doktora duydukları güven erkek hastalardan daha fazladır.

_ kadın hastaların tedaviye bakışı ile erkek hastaların tedaviye bakışı arasında istatistiksel olarak bir fark gözlenmemiştir.

_%90güven seviyesinde kadın hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri erkek hastalardan daha fazladır.

_%95 güven seviyesine göre kadın hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmeleri erkek hastalardan daha fazladır.

Demografik özelliklerden yaş dağılımı incelendiğinde (doktora duydukları güven, tedaviye bakış, kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri, hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmeleri) istatistiksel olarak bir fark oluşturmamaktadır.

Demografik özelliklerden hastaların eğitim durumu incelendiğinde (doktora duyulan güven, tedaviye bakış, kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşlerinde bir fark gözlenmemiştir

_ Hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmelerinde (ilkokul, lise, üniversite) bitiren hastaların okuryazar olmayan hastalara göre daha fazla memnuniyete sahip oldukları görülmektedir. Bu da bilinç seviyesinin yükseldikçe hastaların memnuniyet algılarının arttığını göstermektedir.

Demografik özelliklerden hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde

_%95 güven seviyesinde sosyal güvencesi Bağ-kur olan hastaların doktora duydukları güven, sosyal güvencesi Emekli Sandığına bağlı veya yeşil kartı olan hastaların doktora duydukları güvenden daha fazladır.

Aynı şekilde sosyal güvencesi SSK olan hastaların doktora duydukları güven sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların doktora duydukları güvenden daha fazladır.

_%95 güven seviyesinde sosyal güvencesi Bağ-kur olan hastaların tedaviye bakışı açısından görüşü sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların tedaviye bakışından görüşünden daha fazla bir değer olduğu görülmektedir.

_%95 güven seviyesinde sosyal güvencesi Bağ-kur olan hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşü sosyal güvencesi Yeşil kart olan hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşünden daha fazla olduğu görülmektedir.

_%95 güven seviyesinde sosyal güvenceleri (Bağ-kur, SSK, Emekli Sandığı ve Özel) olan hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirme puanının sosyal güvencesi Yeşil kart olan hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirme puanından daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Demografik özelliklerden hastaların hizmet aldıkları bölüm incelendiğinde

Doktora duydukları güven, tedaviye bakış, hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri, hizmet aldıkları bölümlere göre değişmediği sonucuna varılmıştır.

Ancak hastaların hastane için yaptıkları değerlendirmelerinde kardiyoloji bölümüne giden hastaların KBB bölümüne giden hastalardan daha büyük bir memnuniyete sahip olduğu görülmektedir.

Bu çalışmanın ana amacı olan hastane türünün memnuniyete olan etkisi incelendiğinde; Özel hastanelerin doktora duydukları güven, , tedaviye bakış, hastaların kendilerine gösterilen ilgiye karşı görüşleri, hastaların hastaneye karşı olan genel değerlendirmeleri Devlet Hastanesinden daha iyi seviyede oldukları istatistiksel olarak ortaya çıkmıştır.

Bu sonuç AHP ‘den elde ettiğimiz sonuçla örtüşmektedir. Böylece daha geniş kitlelere hizmet verebilmek için devlet hastanelerinin yukarıda belirtilen hususlarda geliştirilmesi önem kazanmaktadır

Mersin’deki devlethastaneleri ve özel hastanelerde belirlenen on kritere göre kıyaslandığında özel hastanenin ücreti dışında, devlet hastanelerine üstün geldiği gözlenmektedir.

Bütün kriterler göz önüne alındığında özel hastaneler %52 ile daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Aradaki farkın küçük olması son zamanlarda devletin sağlık sektöründe yaptığı yatırım ve uygulamaların müşteri memnuniyetine pozitif bir etki oluşturduğunu düşündürmektedir.

KAYNAKÇA

ABDURRAHİM Emhan¹, **BEZ** Yasin², **DÜLEK** Ömer¹ “ Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ” *Dicle Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü, Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye Dicle Tıp Dergisi* 2010;cilt 37,No 3,241-247,s242

ACUNER, Şebnem Akın (2001), *Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü*, Mert Matbaası, 2.Basım, Ankara.

AGUSTIN, Clara ve Jadgip SINGH; (2005), “Curvilinear Effects of Consumer Loyalty Determinants in Relational Exchanges”, **Journal of Marketing Research**, XLII, ss.96-108.

AKTAN Coşkun Can, IŞIK A. Kadir “ Sağlık Hizmeti Sunumu ve Alternatif Yöntemi” s 3

AKIN, Cemil Serhat (2007), "Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları", Yüksek Lisans Tezi, Adana

Akgül, Muammer (2000). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Hastanesinde Bir Uygulama Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ali S, Hina A, Mehvish R, Ali R. Impact of process improvement on patient satisfaction in public health care facility in Pakistan. [http://www.ep.liu.se/ecp/033/041/ecp0803341\(2010\)2008;4-10](http://www.ep.liu.se/ecp/033/041/ecp0803341(2010)2008;4-10).

Anayasa, (2010). <http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa>.

Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine* 2001;52:1359-1370.

Andaleeb S.S, Conway C. Customer satisfaction in the restaurant industry: an examination of the transaction-specific model. *Journal of Services Marketing* 2006;20:3-11.

ANTON, John (1996), *Customer Relationship Management*, Prentice-Hall Inc., New Jersey.

Ars.Gör. ARSLAN Elif Türkan “Analitik Hiyerarşi Süreci Yöntemiyle Strateji Seçimi: Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde Bir Uygulama” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2010, C.15, S.2 s.455-477.

Aslan Ş, Sezgin M, Haşiloğlu S.B. Özel sağlık kuruluşlarında müşteri memnuniyeti ve memnuniyeti oluşturan unsurların araştırılması. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008; 20:24-40.

AŞKAR Abdullah, (2006),*Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Kütahya, s 15.

Doç.Dr. AYDIN Özlem ,**ÖZNEHİR** Selahattin, **AKÇALI** Ezgi “Ankara İçin Optimal Hastane Yeri Seçiminin Analitik Hiyerarşi Süreci İle Modellenmesi” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2009, C.14, S.2 s.69-86 s.6986.<http://iibf.sdu.edu.tr/dergi/files/2009-2-4.pdf>

Ayaz,S., Tezcan,S., Akıncı, F. (2005), “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(2) 26-34

BOSTAN, Sedat, **ACUNER** Taner, **YILMAZ** Gökhan (2005), “Hastane İşletmelerinde Müşteri(Hasta) Beklentileri Araştırması”, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, Bildiriler Kitabı, Sponsor: Oracle, Ankara

Bruce TA, Bowman JM, Brown ST.” Factors that influence patient satisfaction in the emergency department”. J Nurse Care Quality. 1998;13(2):31-37.

Byun Dae-Ho (2001); “The AHP Approach For Selecting An Otomobile Purchase Model”, Information & Managment, 38.

Büyüköztürk Şener *istatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorumu* Veri analizi el kitabı

CİNEMRE,Çetin,”Servis Kalite”1.Baskı.İstanbul:Panel Matbaacılık,nisan 2000.

COŞAR Ferah”Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi Ve Bir Leasing Şirketinde Uygulama” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2006_06/13

Çınar, T. A., (2007): “İşletmelerin Müşteri Hizmet ve Müşteri Memnuniyeti İle Farklı Bankalar ve Bölgeler İçin Müşteri Memnuniyeti Belirlemeye Yönelik Uygulama”, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı İşletme), Aydın

DEDİA, N.S., “**Global Perspectives On Quality**”, Total quality Management, Vol: 12, No: 6, 2001.”

DEMİREL, Y.(2006),Müşteri İlişkileri Yönetimi ve Bilgi Paylaşımı , IQ kültür sanat yayıncılık, yayın No:195,İstanbul.

DOĞAN, S., 2004. “Üç İldeki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ.” Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi”. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005;5(3):122-127.

DUMAN Teoman” Richard L. Oliver’in Tüketici Memnuniyeti (Consumer Satisfaction) ve Tüketici Değer Algısı (Costumer Value)Kavramları Hakkındaki Görüşleri: Teorik Bir Karşılaştırma” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, cilt 5,sayı 2,2003

ENGİZ, Oğuz; (2007),“*Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini*”, İnternet adresi <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>

ERDEM Ramazan, **RAHMAN** Süheyla, **AVCI** Levent, **DEMREL** Bülent, **KÖSEOĞLU** Seda, **FIRAT** Gülhan, **KESÇİ** Tuğba, **KIRMIZIGÜL** Şule, **ÜZEL** Seda, **KUBAT** Cemile “ Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi” Erciyes Üniversitesi iktisadi ve idari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 31, Temmuz-Aralık 2008, ss.95-110

ERDOĞAN Serap “Yeni Yöntem Açısından Aidiyet Duygusu ve Hizmet Sektöründe Bir Uygulama” Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı , Yüksek Lisans Tezi ,bursa 2006, s 34_36

EROĞLU, E. (2005): “Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, Sayı 1, İstanbul

ESATOĞLU, Afsun Ezel, **TENGİLİMOĞLU** Dilaver, **BİLGİN** Kâmil Ufuk, “Türkiye’deki Kamu Hastanelerinde Hastaların Halkla İlişkiler Faaliyetlerini Değerlendirmeleri”, <http://www.merih.net/m1/wufubil01.htm>

GARBARINO, Ellen and **JOHNSON** Mark S.(1999) “The Different Roles of Stasfaction, Trust and Commitment in Customer Relationships”, *Journal of Marketing*, Vol. 63, April.

GÖK Sibel “ Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması” Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans projesi, Ocak 2010, s.5-9

GÖKDUMAN KIRMIZI Emine Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti “Balıkesir Özel Hastane Örneği” Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Kütahya 2010 ,s 11

Prof.Dr. GÜNGÖR İbrahim **Dr. GÖKSU** Ali “Bulanık Analitik Hiyerarşik Proseses Ve Üniversite Tercih Sıralanmasında Uygulanması” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve idari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2008, C.13, S.3 s.1-26.

<http://iibf.sdu.edu.tr/dergi/files/2008-3-1.pdf>

Güngör, İbrahim ve İşler, Didar B., (2005), “Analitik Hiyerarşi Yaklaşımı İle Otomobil Seçimi”, *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 21-33.

www.arastirmax.com/system/files/dergiler/.../1/.../283_pp_21-33.pdf

HAYRAN, Osman (1998), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayım, İstanbul

KADAK Güler, esin,2006 “Türkiye’de AHP tekniğinin performans değerlendirmedeki yeri ve ilaç dağıtım sektöründe uygulaması”, Yüksek lisans tezi,Cukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü,Adana

cu.mitosweb.com/browse/4027/6062.pdf

KAPLAN, Vehbi **KOÇ**(2010) AHP YÖNTEMİYLE TEDARİKÇİ SEÇİMİ: PERAKENDE SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA(İTÜ)

<http://tez2.yok.gov.tr/>

KARAFAKIOĞLU, Mehmet (1998), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, İşletme Fakültesi Yayın No:27, İstanbul

KARAN, Süleyman (2002), “Müşteriyi Raflara Aşık Etmenin On yolu”, *Platin Dergisi*, Yıl. 5, Ağustos.

KAVUNCUBAŞI, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi. Ankara 2000;294.

KAVUNCUBASI Şahin-KISA Adnan, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429, Eskişehir, 2002.

Yrd.Doç.Dr. KEÇEK Gülnur Ars.Gör. YILDIRIM Esra “Kurumsal Kaynak Planlama (ERP) Sisteminin Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) İle Seçimi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2010, C.15, S.1 s.193-211.

http://iibf.sdu.edu.tr/dergi/files/2010_1_11.pdf

KESKİN Coşkun ve **TOPUZOĞLU** Ahmet, (2006), Sağlık Tanımı, *Journal of İstanbul Kültür University*, 3 pp.48.

Kırım, A. (2001): **Strateji ve Bire-Bir Pazarlama CRM**, Sistem Yayıncılık, İstanbul

KOÇAK Seçim “Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Önemi: Niğde Devlet Hastanesinde Bir Araştırma” Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde 2009, s 2-8

Kuruüzüm ayşe, **Atsan** nuray “ANALİTİK HİYERARŞİ YÖNTEMİ VE İŞLETMECİLİK ALANINDAKİ UYGULAMALARI” Akdeniz İ.İ.B.F.Dergisi 2001,83-105

KÜÇÜK Nurhan “ Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yöntemi ve Dış Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü’nde Bir Uygulama(Diyarbakır Devlet Hastanesi) Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı / Yönetim Bilimleri Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, temmuz 2009, s 3_5

LEMON, Katherine N., **WHİTE** Tiffany Barnett and **WİNER** Russell S.(2002), “Dynamic Customer Relationship Management: Incorporating Future Considerations into The Service Retention Decision”, *Journal of Marketing*, Vol. 66,January.

Mandharia A.S, Hassanb A.A, Haranb D. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: Evidence from users of primary health care in. *Oman Family Practice* 2004;21:519-527.

MARLEY, Kathryn A.; David A. COLLIER ve Susan M. GOLDSTEIN; (2004), “The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals”, *Decision Sciences*, 25(3), ss.349-369.

Margolis, S, Almarzouqı S, Revel T, Reed R. Patient satisfaction with primary health care service in the United Arab Emirates, *International Journal For Quality Health Care* 2003; 23:241-249.

MİDİLLİ Özlem “Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi ” Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü Yüksek Lisans Tezi , İstanbul 2011 ,S 41

ODABAŞI Yavuz, (1994), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, s. 25.

OLIVER, Richard L.; (1999) “Whence Consumer Loyalty”, *Journal of Marketing*, 63, ss.33- 44

Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek U.C, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S. İstanbul’da bir Tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal* 2008 ; 21:33-4.

Özer A, Çakıl E. “Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler”. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2007; 5:140-143.

ÖZTÜRK Ahmet, **ERDOĞMUŞ** Şenol, **ARIKAN** Vesile Sinem “Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) Kullanılarak Tedarikçilerin Değerlendirilmesi: Bir Tekstil Firmasında Uygulama “*Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:26, Sayı:1, Yıl:2011, ss.93-112.*

<http://www.iibf.deu.edu.tr/dergi/6ozturkerdogmusarikan.pdf>

ÖZVEREN Y. Sertaç “Müşteri Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesi İlişkileri Mersin İlindeki 4 VE 5 Yıldızlı Oteller Örneği” Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı, Mersin 2010, s 7

ÖZYÖRÜK, Bahar ve ÖZCAN, Evren C.; “Analitik Hiyerarşi Sürecinin Tedarikçi Seçiminde Uygulanması: Otomotiv Sektöründen Bir Örnek”; Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi; 13:1; 2008; 133- 144.

<http://iibf.sdu.edu.tr/dergi/files/2010-2-23.pdf>

Yrd. Doç.Dr. ÖZDEN H.Ünal “Analitik Hiyerarşi Yöntemi İle İlkokul Seçimi” Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi Yıl 2008 ,Cilt XXIV,Sayı 1

http://iibf.marmara.edu.tr/dosya/fakulte/iibfdergi_2008_1/16-ANALITIK-HIYERARSI-YONTEMI.pdf

Rekabet Stratejisi Olarak CRM (2001), CRM Rüzgarı Seminer Notları, CRM Inst. Turkey.

SAATY, T., The Analytic Hierarchy Process, McGraw-Hill International Book Company, USA, 1980.

SAATY, L.T. (1994) Fundamentals of decision making priority theory with the Analytic Hierarchy Process RWS publications pittsburgh)

SAATY, L.T. (1980) Analytic Hierarchy Process, McGraw-Hill comp. USA
<http://www.thbb.org/Files/File/Magazine/17/m-ahp%20yontemi.pdf>

SAATY L. T. (1994) “Highlights and critical points in the theory and application of the Analytical Hierarchy Process”, *European Journal of Operational Research*, 74, 426-447.

SAATY, T.L. ve ÖZDEMİR, M.S., “Why The Magic Number Seven Plus Or Minus Two”, **Mathematical And Computer Modelling** 38, 233-244, 2003.

Sağlıkta performans ve kalite dergisi (BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ) Yıl:1 Sayı: 2 • 2010

Sarp N, Tükel B. İbn-i Sina hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1999;52:147-151.

Solmaz Kılıç, Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 1998.

Stevens M, Reininga IH, Boss NA, van Horn JR. “Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag”. *Patient Educ Couns.* 2006;60(2):241-245.

ŞENYILMAZ ÇETİN Emsay, “Perakendecilik sektöründe CRM Uygulamaları: Süpermarket Müşterilerinin Mağaza Kartı Kullanımlarıyla İlgili Tercih Nedenlerinin İrdelenmesi” Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana 2005, s 8-18

TAKAN Mehmet, “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Önemi”, Banka ve Ekonomik Yorumlar (Ağustos, 1998), s.48-49.

TARIM Mehveş, (2000), Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını No:38, Ankara, s:1025.

- Tekin, M.** ve **Çiçek, E.** (2005): “İşletmelerde Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Farklı Bir Yaklaşım: Değer Temelli Pazarlama”, *V. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu*, İstanbul Ticaret Üniversitesi
- Tekes, M.**, Çok Ölçütlü Karar Verme Yöntemleri ve Türk Silahlı Kuvvetlerinde Kullanılan Tabancaların Bulanık Uygunluk indeksli Analitik Hiyerarşi Prosesi ile Karsılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2002.
- TERAKYE Gülşen,** (2004), Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir? Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum.
- Tezcan Ömür** “AHP yöntemi ve hazır beton tesisi arazi seçiminde uygulaması” kasım-Aralık 2007 <http://www.thbb.org/Files/File/Magazine/17/m-ahp%20yontemi.pdf>
- Dr. TOĞUN İsmail** “Acil Serviste Hasta Memnuniyeti” Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aralık 2007, s 16_17
- TOPAÇOĞLU H.** Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörlerin analizi, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi 2002;8
- TORAMAN Aynur, Doç.Dr. BEKÇİ İsmail** “ Kalite Maliyetleri ve bir Hastanede Hesaplanması” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2011, C.16, S.2, s.39-57.
- UYGUÇ Nermin,** Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları,1998, s.41-49.
- Walsh DP, Seff LR, Mayer TA.** “Customer relations in the emergency department”. In: Salluzzo RF, Mayer TA, Strauss RW, Kidd P (editörler). Emergency Department Management. Mosby, 1997;8:73-85
- WANGENHEIM, Florian v. ve Tomas BAYON;** (2006), “Satisfaction, Loyalty and Word of Mouth within a Firm’s Consumer Base: Differences Between Stayers, Switchers and Referral Switchers”, **Journal of Consumer Behavior**, 3(3), ss.211-220.
- Weiss GL.** “Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors”. Med Care. 1988;26(4):383-392.
- WULF, Kristof DE; SCHRODER, Gaby Odekerken; GOEDERTIER, Frank and OSSEL, Gino Van ,2005,** “Consumer Preceptions Of Store Brands Versus National Brands” , The Journal of Consumer Marketing;2005;22,4/5,p223

Yağcı Mİ, Duman T. “Hizmet kalitesi - müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması” Doğuş Üniversitesi Dergisi 2006;7:218-238.

YILMAZ M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5:69-73.

YILMAZ, Meryem; (2001), “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,** 5(2), ss.69-74.

ZERENLER Muammer, **ÖĞÜT** Adem”Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırılması: Konya

İnternet adresi

<http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>;

<http://sbe.dpu.edu.tr/dergi/30/25.pdf>

www.danismend.com

Kişisel bilgi

Anketi dolduran kişi : hasta hasta yakını

1 Adınız soyadınız :

2 Cinsiyetiniz : kadın erkek

3 Yaşınız

0_15 :

16_30 :

31_45 :

46_60 :

61_70 :

70 üstü :

4 Eğitim durumunuz

Okur yazar değilim :

İlkokul :

Ortaokul :

Lise :

Üniversite :

Doktora :

Diğer :

5 Sosyal güvenceniz

Emekli sandığı :

Ssk :

Bağ-kur :

Yeşil kart :

Güvencem yok :

Özel :

6 Hastaneyi seçme nedeniniz :

Daha önce aldığım hizmetlerden duyduğum memnuniyet :

Basın medya aracılığıyla :

Hastanenin evime/ işime yakın olması :

Çalıştığım kurumun anlaşması yada sosyal güvencemden dolayı :

Tavsiye üzerine :

7 Hizmet aldığınız bölüm:

8 Randevünüz var mıydı? Evet : Hayır :

9 Randevünüzü nasıl aldınız?

Telefon :

İnternet :

Yüzyüze :

Diğer :

10 Muayene olabilmek için kaç dakika beklediniz? Dk.

11 Muayene ücreti :

12 İletişim bilgileri

E-posta :

13 Hasta memnuniyetliği

Hekime duyulan memnuniyetlik:

1 - Gösterdiği ilgi : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

2 - Güleryüz : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

3 - Nezaket : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

4 - İletişim : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

5 - Yeterlilik : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

6 - Tecrübesine duyduğunuz güven

Kesinlikle güveniyorum :

Güveniyorum :

Az güveniyorum :

Güvenmiyorum :

Kesinlikle güvenmiyorum :

7 - Uygun teşhis ve tedavi konusunda yeterli bilgi verilmesi

çok iyi: iyi: orta: kötü: çok kötü:

8 - Randevu saatine uyumu

Kesinlikle uydu :
Uydu :
Biraz uydu :
Uymadı :
Kesinlikle uymadı :

9 - Size yeteli zaman ayırması

Kesinlikle zaman ayırdı :
Zaman ayırdı :
Az zaman ayırdı :
Zaman ayırmadı :
Kesinlikle zaman ayırmadı :

Hastane personellerine duyulan memnuniyetlik:

10 - Bilgilendirme : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

11 - Yönlendirme : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

12 - Kayıt işlemi : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

13 - Personele ulaşım : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

Hastane genel durumuna duyulan memnuniyetlik:

14 - Temizlik hizmeti : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

15 - Çağrı merkezi hizmetleri : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

16 - Hastaneye ulaşım : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

17 - Park alanı : çok iyi iyi orta kötü çok kötü

14 Hastaneyi tercih nedenlerinizi sıralayınız(1 den 10'a kadar)

Bekleme süresinin az olması :
Ücret :
İlgi :
Nezaket :
İletişim :
Yeterlilik(hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olma)..... :
Doktora duyulan güven :
Tedavi :
Temizlik :
Ulaşılabilirlik :

Hasta memnuniyet anketi

15 Güvenerek sağlık hizmeti alacağınız bir hastane olduğunu düşünüyor musunuz?

Kesinlikle Evet: Evet : Orta: Hayır: Kesinlikle hayır

16 Tavsiye edebileceğiniz bir hastane olduğunu düşünüyor musunuz?

Kesinlikle Evet: Evet : Orta: Hayır: Kesinlikle hayır

17 Hastaneye bir not vermeniz gerekirse 1 ile 5 arasında hangi notu verirsiniz?

Çok iyi(5) iyi (4) orta (3) kötü (2) çok kötü(1)