T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ
ANABİLİM DALI

HİZMET KALİTESİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA ARAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ayşe Sibel ÖKSÜZ

Ankara- 2010

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ
ANABİLİM DALI

HİZMET KALİTESİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA ARAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ayşe Sibel ÖKSÜZ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ

Ankara- 2010

T.C.

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ayşe Sibel ÖKSÜZ, tarafından hazırlanan "Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması" başlıklı bu çalışma, 02.06.2010 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ (Başkan-Danışman)

Yrd. Doç. Dr. H. Cenk SÖZEN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Emre TOROS (Üye)

ÖNSÖZ

Tüm dünyada sağlık sektörünün dinamik, ikame edilemez, ertelenemez ve insan sağlığı konusunda hata kabul edilemez özelliği gereği, devamlı iyileştirme, hasta güvenliği, hasta memnuniyeti kavramları sağlık hizmeti planlayıcı ve sunucuları açısından önem arz etmektedir.

Hizmet sunumunda arzu edilen hizmet kalitesinin sağlanabilmesi uluslararası standartların tanımlanması ve uygulanması açısından önemli olmakla birlikte, hizmet kalitesi sağlık için bir tercih değil, zorunluluk halini almaktadır. Hasta memnuniyeti ise sağlık hizmetlerinin kalitesini belirlemede kullanılan önemli göstergelerdendir. Yapılan bu çalışma ile sağlık sektöründe hizmet kalitesini arttırmaya yönelik oluşturulan yapılanmanın hasta memnuniyetini ne derece etkilediği çerçevesinde bir değerlendirme yapılmıştır.

Yardımlarından dolayı tez danışmanım Doç.Dr. İsmail AĞIRBAŞ başta olmak üzere, araştırmamı destekleyen Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığına, anket uygulamama imkân veren sağlık kurumu yetkililerine ve meslektaşlarıma, bilimsel desteğini esirgemeyen Yrd.Doç.Dr. Murat ATAN ve Uz. Erdoğan YILMAZ'a, araştırmam sırasında beni destekleyen Tarık SÜMBÜL ve Kenan ALKAN'a, yüksek lisans eğitimime başlamama sebep olan Eylem EROĞLU'NA ve yüksek lisans eğitimim sırasında verdiği manevi destek, anlayış ve sabır için sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe Sibel ÖKSÜZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR iv
TABLOLAR DİZİNİ v
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ 3
1.2. HİZMET PAKETİ 6
1.3. HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI 8
1.4. HİZMETLERİN ORTAK ÖZELLİKLERİ 10
1.4.1. Dayanıksızlık 10
1.4.2. Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim (Ayrılmazlık) 10
1.4.3. Değişkenlik ve Heterojenlik (Türdeş Olmama) 11
1.4.4. Sahiplik 11
1.5. SAĞLIK HİZMETİ 12
1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ 14
1.7. HASTANE 19

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

2.1. KALİTE KAVRAMINA FARKLI YAKLAŞIMLAR 24
2.2. HİZMET KALİTESİ 26
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN TARİHSEL GELİŞİMİ 29
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE 31
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri 35
2.4.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları 38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. MÜŞTERİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ 56
3.2. HASTA MEMNUNİYETİ 59
3.3. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER 64
3.3.1. Hastaya İlişkin Faktörler 65

3.3.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler 66
3.3.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler 67
3.4. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ 67
3.5. HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ 68
3.5.1 Hasta Memnuniyeti Konusunda Yapılan Kalitatif (Nitel) Araştırmalar 71
3.5.2 Hasta Memnuniyeti Konusunda Yapılan Kantitatif (Nicel) Araştırmalar 72
3.6. ULUSAL YAPILANMADA HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN İLİŞKİSİ 72

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA ARAŞTIRMA

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ 81
4.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ 81
4.3. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ 82
4.4. ARAŞTIRMANIN TARİHİ 82
4.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ 82
4.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ 83
4.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 83
4.8. HASTA MEMNUNİYET FORMLARININ OLUŞTURULMASI, İÇ TUTARLILIĞI VE GÜVENİRLİLİK ANALİZİ 84
4.9. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ 85
4.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 87
4.11. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 88
4.12. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 89
4.13. BULGULAR 90
4.14. TARTIŞMA 130
SONUÇ ve ÖNERİLER 144
KAYNAKÇA 153
EKLER 164
ÖZET 177
ABSTRACT 179

KISALTMALAR

YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
ACS	: American College of Surgeons- Amerikan Cerrahlar Birliği
AHA	: American Hospital Association- Amerikan Hastaneler Birliği
AMA	: American Medical Association-Amerikan Tıp Birliği
JCAH	: Joint Commission on Accredition of Hospitals
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
JCAHO	: Joint Commission on Acreditation of Healthcare Organizations-Sağlık Bakım Örgütlerinde Akreditasyon Birleşik Komisyonu
NHS	: İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi
JCI	: Joint Commission International
PDEÖ	: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi
AHGMP	: Ayakta Hasta Genel Memnuniyet Puanı
YHGMP	: Yatan Hasta Genel Memnuniyet Puanı
ISQua	: International Society for Quality in Health Care

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1.1. Hizmetin Tarih Boyunca Tanımları 5
Tablo 1.2. Hizmetlerin Alıcısına ve Soyutluluğuna Göre Sınıflandırılması 9
Tablo 2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları 39
Tablo 3.1. Müşteri Tatminsizliğini Önleyen ve Tatmine Katkıda Bulunan Etmenler 57
Tablo 4.1. Cronbach's Alpha Analiz Sonucu 84
Tablo 4.2. Anket Setleri Bölüm Skorları 86
Tablo 4.3. Kolmogorov - Smirnov Test 89
Tablo 4.4. Ayakta Hastaların Genel Özellikleri 91
Tablo 4.5. Ayakta Hasta Memnuniyet Puanı 93
Tablo 4.6. Ayakta Hasta Memnuniyet Gruplaması 94
Tablo 4.7. Ayakta Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı 94
Tablo 4.8. Hizmet Kalite Boyutlarına Ait Korelasyon Katsayıları 95
Tablo 4.9. Ayaktan Hasta Regresyon Analizi 97
Tablo 4.10. Hastaların Cinsiyeti ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 98
Tablo 4.11. Hastaların Yaşı ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 99
Tablo 4.12. Hastaların Eğitim Durumu ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 101
Tablo 4.13. Hastaların Meslekleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 102
Tablo 4.14. Hastaların Sosyal Güvenceleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılık 103
Tablo 4.15. Hastaların Gelir Düzeyleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 104
Tablo 4.16. Hastaların Hastaneyi Tercih Sebebi ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 105

Tablo 4.17. Hastaların Hastaneye Daha Önce Gelme Durumları ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 107
Tablo 4.18. Hastaların Geldiği Şehir ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 108
Tablo 4.19. Hastaların Hizmet Aldığı Poliklinik ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 108
Tablo 4.20. Yatan Hastaların Genel Özellikleri 110
Tablo 4.21. Yatan Hasta Memnuniyet Puanı 112
Tablo 4.22. Yatan Hasta Memnuniyet Gruplaması 112
Tablo 4.23. Yatan Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı 113
Tablo 4.24. Hizmet Kalite Boyutlarına Ait Korelasyon Katsayıları 114
Tablo 4.25. Yatan Hasta Regresyon Analizi 115
Tablo 4.26. Hastaların Cinsiyeti ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 116
Tablo 4.27. Hastaların Yaşı ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 118
Tablo 4.28. Hastaların Eğitimi ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 119
Tablo 4.29. Hastaların Meslekleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 120
Tablo 4.30. Hastaların Sosyal Güvenceleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 121
Tablo 4.31. Hastaların Gelirleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 123
Tablo 4.32. Hastaların Hastaneyi Tercih Sebepleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 124
Tablo 4.33. Hastaların Hastaneye Daha Önce Gelme Durumları ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 125
Tablo 4.34. Hastaların Geldikleri Yer ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 126
Tablo 4.35. Hastaların Hizmet Aldığı Klinik ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları 127
Tablo 4.36. Türkiye Geneli Korelasyon Analizi 129

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.1 Sağlığı Etkileyen Faktörler 4
Şekil 1.2 Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri 13
Şekil 2.1 Gronroos Hizmet Kalitesi Modeli 45
Şekil 2.2 Hizmet Kalitesi Kavramsal Modeli 48

GİRİŞ

Tüketilen ürünlerin ve hizmetlerin kaliteli olması yani tüketici ihtiyaçlarını karşılayabilmesi çok önemli bir özelliktir. Kaliteli üretim, piyasa ekonomisinin zorlu koşullarında var olmanın gereği olarak kabul edilmektedir. Bu üretim için yapılan çalışmaların nasıl bir sonuç verdiğini anlamak ve değerlendirmek için kalitenin ölçülebilir olması gerekmektedir. Bu ölçüm, mallar için fiziksel bir takım özelliklere dayanarak kolaylıkla yapılabilirken, bir çok faktöre bağlı olarak değişiklik gösteren hizmetler için oldukça zordur (Bozdağ ve ark., 2003: 1).

Günümüzde malların çeşitliliğindeki artışın yanında, hizmetlerde de büyük bir çeşitlenme görülmektedir. Hem hizmetlerin çeşitlenmesi hem de işletmelerin sayısındaki artış, rekabeti arttırmakta ve hizmet işletmelerini hizmet sunuşunda farklı olmaya itmektedir. Bir işletmenin rekabet avantajı kazanacağı en geçerli yol, rakiplerden daha kaliteli hizmet üretmek ya da başka bir ifadeyle, tüketici beklentilerine cevap verebilmektir. Hizmetlerin mallardan farklı olarak, soyut, değişken, stoklanamaz ve ayrılmaz oluşu, hizmet kalitesi ölçümlerini güçleştirmektedir. Fakat bir hizmet işletmesi, tüketici tarafından nasıl değerlendirildiğini bilmezse bu değerlendirmeleri istediği yerde nasıl kullanabileceğini de bilemez. Dolayısıyla, hizmet kalitesi ölçülmek zorundadır. Nitekim tüketicilerin hizmetleri tercihlerinde kaliteye verilen önemin tespiti, hem üreticilerin hem de araştırmacıların bu konu üzerinde yoğunlaşmalarına yol açmıştır. Bu sebeple 1980'li yıllardan itibaren hizmet kalitesi ve ölçümü ile ilgili çalışmalara çok sık rastlanmaktadır (Bozdağ ve ark., 2003: 1).

Sağlık hizmetlerinde günümüz hasta profili hızla değişmekte, ödediği bedelin karşılığını almayı bekleyen ve nitelikli hizmet talep eden, hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve bu nedenle de sorgulayıcı olan bir tüketici kesimiyle karşı karşıya bulunmaktayız (Bal ve ark., 2001: 384).

Hasta tatmini ile ilgili çalışmalar değişik ülkelerde değişik amaçlarla yıllardan beri yapılagelmektedir. Son yıllarda daha fazla araştırmanın görüldüğü sağlık

hizmetleriyle ilgili müşteri tatmini, hem sosyal bilimcilerin hem de yöneticilerin ilgisini çekmektedir. Sosyal bilimcilerin üzerinde durduğu temel nokta, bu hizmetlerin büyük organizasyonlar tarafından sunulmasının müşteri tatmini üzerine olan etkileridir. Yöneticiler için ise bu hizmetlerin planlanması ve değerlendirilmesidir (Çelik ve ark., 1999: 45).

Yapılan çalışmalar, sağlık hizmetlerine verilen önemin artışına paralel olarak, bu sektördeki işletmelerin başarısının daha kaliteli hizmetle mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır, özel hastanelerin giderek yaygınlaşması ve hastane sayısındaki artış, sağlık hizmetlerinde kalitenin gün geçtikçe ön plana çıkmasına yol açmış, bu sektörde rekabet ortamının oluşması, hastanelerin kaliteye dayanarak tüketicilerin seçimlerini etkileme yoluna gitmelerine sebep olmuştur. Sağlık sektöründe, tüketicilerin hastane seçimi konusundaki kararlarını önemli ölçüde daha kaliteli hizmet beklentilerini etkilemektedir. Kalitenin yakalanması ve iyileştirilmesi, ancak mevcut kalite seviyesinden haberdar olmakla mümkündür. Bu sebeple de kalite ölçümünün yapılması gereklidir (Gedikli, 1998: 2).

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde öncelikle sağlık ve hizmet kavramı üzerinde durulacak, sağlık hizmeti ve sağlık hizmetlerinin özelliklerinden bahsedildikten sonra sağlık sistemi içerisinde bulunan hastanelere değinilecektir.

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

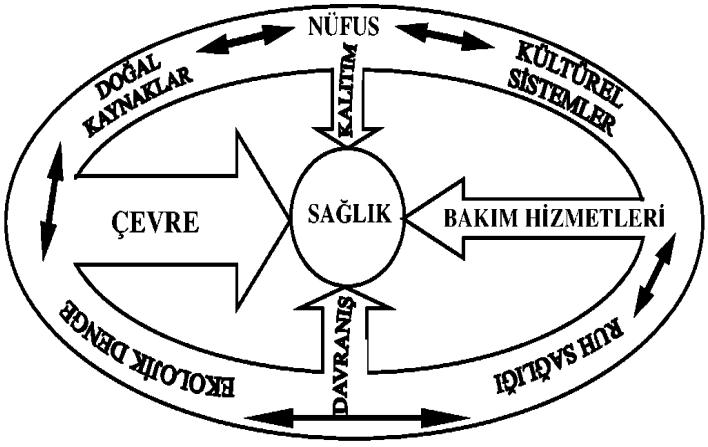
Sağlık kavramı genelde "hasta olmama" seklinde, hastalık kavramı ile ilgili olarak, negatif bir mesaj verecek şekilde tanımlanmaktadır. Bugün batı tıbbındaki gelişmeler, mevcut hastalıkların nedenlerini bulma çabalarıyla olmuştur. Özellikle son yıllardaki tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler, hastalıklara ilişkin geniş bir bilgi birikiminin oluşmasına neden olmuştur. Bu birikim sonucunda örgütlenen ve verilen "sağlık hizmetleri"nin ne derece "sağlık"la ilgili olduğu tartışılabilir. Çünkü, bu hizmetler genelde "hastalıkların" ve "hasta olan kişilerin" tedavisi ile, birtakım hastalıkları önleme çabalarından oluşmaktadır (Yerebakan, 2000: 13).

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, bugünkü içeriğinden farklı olsa da, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Hammurabi kanunları, bu konuda en iyi bilinen örnektir. MÖ 2000 yılında yasayan Babil Kralı Hammurabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, hekimlerin sorumluluklarını ve alacağı ödülleri belirlemiştir (Kavuncubaşı, 2000: 18).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanım sağlığın günümüzde en yaygın tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" şeklinde yapmıştır. Bu tanımda "iyilik" ve "tam" kavramlarının açıklanması, tanımlanması ve ölçülmesi güç kavramlar olması yine sağlığın "hal" olarak

görülmesine karşılık, tanımda "sosyal" iyilik kavramına yer verilmesi önemli bir gelişme olarak değerlendirilmelidir (Yerebakan, 2000: 14).

Bu tanıma göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir. Sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum, sağlık durumunu 4 temel faktörün etkilediğini; bu dört temel faktörün de farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığıyla birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri farklılık göstermektedir. Şekil 1.1'de görülen okların genişliği, faktörlerin sağlığa olan göreceli etkisinin büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevre olup, bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir. Sağlığı etkileyen bu dört temel faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır. Örneğin akraba evlilikleri kültürel sistemin ürünüdür. Akraba evlilikleri, genetik sorunları ve sakatlıkları bulunan yeni kuşakların ortaya çıkmasına yol açabilir. Kültürel sistem, bireylerin yaşam tarzını da biçimlendirmektedir; beslenme tarzı, spor yapma, alkol ve sigara alışkanlıkları kültürün etkisiyle biçimlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 18).



Şekil 1.1. Sağlığı Etkileyen Faktörler
Kaynak: Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.9

Sağlık kurumları birer hizmet işletmeleridir. Açıklayıcı olduğu düşünüldüğünden sağlık hizmetlerine geçiş yapmadan önce hizmet kavramı üzerinde durulacaktır.

Literatür incelendiğinde hizmet kavramıyla ilgili çok sayıda tanım yapıldığı görülmüştür. Tablo 1.1'de hizmete ilişkin farklı zamanlarda yapılan farklı yazarlar tarafından yapılan bazı hizmet tanımlarına yer verilmiştir.

Tablo 1.1. Hizmetin Tarih Boyunca Tanımları

Fizyokratlar (1750 öncesi)	Tarım harici tüm aktiviteler
Adam Smith (1723-1790)	Elle tutulur bir ürünle sonuçlanmayan tüm aktiviteler
J. B. Say (1767-1832)	Üretim haricinde ürünlere bir fayda ekleyen tüm aktiviteler
Alfred Marshall (1842-1924)	Belli bir süre kullanıldıktan sonra ortadan kalkan tüm ürünler
Batı Ülkeleri (1925-1984)	Bir ürünün şeklinde değişikliğe neden olmayan tüm aktiviteler
Çağdaş (Kotler, 2003)	Fiziksel varlığı olmayan ve sonucunda el değişimi meydana gelmeyen bir işin yerine getirilmesini sağlayan hareketler

Kaynak: Philip Kotler, **Marketing Management**, Eleventh Edition, New Jersey, USA: Prentice Hall, 2003, s. 5

Lovelock ve Wirtz'e göre hizmetler, belli yer ve zamanlarda, hizmeti alan kişinin istediği yönde bir değişim sağlayarak, müşterilere bir değer veya fayda sağlayan ekonomik faaliyetlerdir (Lovelock ve Wirtz, 1999:2; Lovelock ve Wirtz, 2004: 9). Hizmetler, zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından fayda sağlayan ekonomik faaliyetlerdir (Parasuraman ve ark., 1985: 41).

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmet kavramını, "satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar ya da doygunluklardır" diye tanımlamışlardır (Öztürk, 2009:4).

Amerikan Pazarlama Birliği hizmeti 10 kategoride sınıflamaktadır. Bunlar (Öztürk, 2009: 8):

a. Sağlık hizmetleri,

b. Finansal hizmetler,

c. Profesyonel hizmetler(avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
d. Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
e. Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
f. Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
g. Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
h. Telekomünikasyon hizmetleri,
i. Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

Mucuk'a göre hizmetler, tüketicilerin mülkiyet hakkı olmadan satın aldıkları faydalardır (Mucuk, 2004: 299).

Tenekecioğluna göre hizmetler, doğrudan satışa sunulan ya da ürünlerin (mal/hizmet) satışıyla birlikte sağlanan yararlar veya doygunluklar olarak yapılmaktadır (Tenekecioğlu, 1992: 159). Bu tanıma göre hizmetler iki gruba ayrılabilirler:

1. Mallardan ve başka hizmetlerden (satış öncesi, satış anında ve satış sonrası) bağımsız olarak satışa sunulan hizmetler. Örneğin avukatlık, sigortacılık, v.b.

2. Mallar veya hizmetlerle birlikte satın alınan hizmetler. Örneğin kredi, bakım, eğitim, vb.

1.2. HİZMET PAKETİ

Hizmetlerle ilgili tanımlar incelendiğinde, hepsinin ortak noktası, hizmetin soyut özelliğe sahip olması ve tüketiciye çeşitli yönlerden fayda sağlamasıdır. Bu noktada öncelikle hizmet paketi kavramının açıklanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Hizmet paketi kavramı, hizmetin yalnızca soyut yanını değil, aynı zamanda somut yani gözle görülebilen, elle tutulabilen birtakım malları da göz önüne

almaktadır. Hemen hemen tüm malların satın alınması birtakım hizmetleri, yine hemen hemen her hizmetin satın alınması da bazı malları beraberinde getirmektedir. İster mal, ister hizmet olsun, her satın alma "mal ve/veya hizmet paketini" içermektedir. Diğer bir deyişle müşteriler sadece hizmet değil "hizmet paketi" satın alırlar. Örneğin müşterilere sağlık hizmeti sunulabilmesi için doktorun sunduğu tıbbi hizmetin yanında birtakım tıbbi araç gereçler, cihazlar gerekmektedir. Bu somut mallar olmasa, hastaya sunulan hizmet yetersiz kalacaktır (Uyguç, 1998: 9).

Mal veya hizmet paketini oluşturan fiziksel mallar, işlevlerine göre iki grupta incelenebilir (Uyguç, 1998; 9):

a. Destekleyici mallar veya fiziksel destek: Bunlar hizmet isletmesinin sahip olduğu ve hizmet üretmek amacı ile kullandığı araç, gereç, teçhizat ile fiziksel ortamdır. Örneğin, bir otel odası, bir bankanın kredi kaynakları, bir öğretmenin kitabı, bir şirketin kullandığı kamyon gibi.

b. Kolaylaştırıcı veya fiziksel ürünler: Hizmet üretimi sırasında tüketilen mal ya da mallardır. Örnek olarak bir restoranda yenilen yemek, kiralanan ev veya araba gösterilebilir.

Müşteri hizmeti satın alırken, hizmeti sunan personel, araç, gereç ve hizmetin yaratıldığı fiziksel ortam ile etkileşim halindedir. Bu etkileşim sırasında, müşteri tek başına hizmetten değil, hizmet paketinden yararlanmaktadır. Örnek olarak, sağlık hizmeti almak için hastaneye giden bir hasta, personelin tıbbi bilgisinin yanında bekleme odalarının rahatlığından, hastanenin temizliğinden, odalarda kullanılan eşyalardan, cihazların yeni teknolojiye uygunluğundan da yararlanmaktadır. Diğer bir deyişle hizmetin sunulması sırasında kullanılan mal ve eşyalar da müşteri için hizmet kadar önemlidir. Bu yaklaşıma göre bir hastanenin sunduğu hizmet paketi;

a. Hastanın (müşterinin) hastane personeli ile etkileşiminden sağladığı yararlar,

b. Hastaneye gidişinin asıl nedeni olan gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili yararlar (hastalığın tedavisi, ağrının dindirilmesi, doğumun gerçekleştirilmesi vb.)

c. Güvenlik, sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin doyurulmasından sağladığı yararlar (hastane personelinin tutum ve davranışlarının, hastaya güven duygusu vermesi ve hastayı rahatlatması vb.)

d. Hastanenin fiziksel imkânları ile etkileşiminden sağladığı yararlar, (odalarda kullanılan eşyaların konforu, bekleme odalarının rahatlığı, kullanılan tıbbi araçlar vb.) olarak belirlenebilir. Bu örnekte görüldüğü gibi, hizmet müşteriye sağlanan yararların bütünüdür. Hizmet paketini oluşturan her bir öğe, müşterinin belli bir ihtiyacını karşılamaktadır. Birinin eksik olması durumunda, müşteri hizmetin bütününden hoşnutsuz kalabilecektir.

1.3. HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Hizmetler çok çeşitli kriterlere göre sınıflandırılabilirler.

Hizmetin doğasına göre bir yaklaşım hizmetleri alıcısına ve soyutluluğuna göre bir sınıflandırma yapar. Hizmetlere operasyonel bir bakış açısıyla bakıldığında dört ana kategoride gruplandırılabileceği görülebilir. Tablo 1-2, hizmetlerin sınıflandırılması için hizmet alanları, insanlar ve eşyalar şeklinde ikiye ve hizmetleri de somut ve soyut olarak ikiye ayırır. Hizmetlerin alıcısına ve soyutluluğuna göre sınıflandırılması, işletmelere hizmet sırasında müşterinin bulunup bulunmamasının gerekli olup olmadığı konusunda fikir verir. Sonuç olarak ortaya hizmetlerin insan prosesi, eşya prosesi, zihin prosesi ve bilgi prosesi şeklinde dörde ayrıldığı bir tablo çıkar (Lovelock ve Wirtz, 1999: 34-35).

- İnsan Prosesi: İnsanların vücutlarına yönelik hizmetler bulunur. İnsan prosesine yolcu taşımacılığı ve dişçilik hizmetleri örnek gösterilebilir. Müşteriler hizmetin faydalarından yararlanmak için fiziksel olarak hizmetle aynı mekanda olmak zorundadırlar.
- Eşya Prosesi: Kişisel eşyalara yönelik hizmetler bulunur. Bu grupta bulunan hizmetlerden faydalanmak için müşterilerin hizmetle aynı yerde olmasına gerek yok fakat eşyalar hizmetle aynı yerde bulunmak zorundadır.

Tablo 1-2. Hizmetlerin Alıcısına ve Soyutluğuna Göre Sınıflandırılması

Hizmetin Doğası	Hizmetin Alıcısına Göre	
	İnsanlar	Eşyalar
Somut Hizmetler	**(İnsan Prosesi)** **İnsanların Vücutlarına Yönelik Hizmetler** Yolcu Taşımacılığı Sağlık Hizmetleri Pansiyon Hizmetleri Güzellik Salonları Fiziksel Terapi Spor Salonları Restoran ve Barlar Kuaförler Cenaze İşleri	**(Eşya Prosesi)** **Fiziksel Eşyalara Yönelik Hizmetler** Yük Taşımacılığı Tamir ve Bakım Hizmetleri Depolama ve Ambar Hizmetleri İşyeri Temizlik Hizmetleri Perakende Dağıtım Çamaşırhane ve Kuru Temizleme Benzin İstasyonları Peyzaj ve Bahçıvanlık Çöp Atıkları ve Yeniden Dönüşüm
Soyut Hizmetler	**(Zihin Prosesi)** **İnsanların Zihinlerine Yönelik Hizmetler** Reklamcılık ve Halkla İlişkiler Sanat ve Eğlence Televizyonculuk ve Kablo Yayınları Yönetim Danışmanlığı Eğitim Bilgilendirme Hizmetleri Müzik Konserleri Psikoterapi Din Telefon Hizmetleri	**(Bilgi Prosesi)** **Hizmetler** Muhasebecilik Bankacılık Veri İşlem Veri Aktarım Sigortacılık Avukatlık Hizmetleri Programcılık Araştırmacılık Menkul Değer Yatırımcılığı Yazılım Danışmanlığı

Kaynak: Lovelock, C. and Wirtz, J., Principles of Service Marketing and Management, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, January 1999,s.34

- Zihin Prosesi: İnsanların zihinlerine yönelik hizmetler bulunur. Bu gruptaki hizmetlerden faydalanabilmek için müşterilerin bedenen farklı mekanda olsalar bile zihnen hizmetle aynı mekanda olmaları gerekir.
- Bilgi Prosesi: Müşterilerin soyut varlıklarına yönelik hizmetler bulunur. Bankacılık, danışmanlık bilgi prosesine örnek gösterilebilir. Bu grupta bulunan hizmetlerden faydalanmak isteyen müşterilerin, hizmeti sağlayan firma ile az etkileşimde olmaları yeterlidir.

1.4. HİZMETLERİN ORTAK ÖZELLİKLERİ

Hizmetlerin sınıflandırılmasının ardından hizmetlere özgü ortak özellikler şu şekilde açıklanabilir.

1.4.1. Dayanıksızlık

Belli bir günde kullanılamayan hizmetler, başka bir günde kullanılmak için stoklanamazlar (Odabaşı ve Oyman, 2008:18). Hizmetler, alıcıya sunulduğunda hemen kullanılamazsa depo edilemeyeceği için boşa gider. Bazı hizmetlerin talebinin düzensiz oluşu hizmetlerin dayanıksızlık özelliğini artırır (Peşkircioğlu, 1997: 144).

Parasuraman ve arkadaşları (1985) hizmetlerin özelliklerini tanımlarken bu özelliği dikkate almamışlardır. Bu özellik ayrılmazlık özelliğine benziyor gibi görünse de ayrılmazlık üretimle tüketimin eşzamanlı olmasını izah ederken Öztürk'e göre (2009: 22) dayanıksızlık hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması, iade edilememesi ve yeniden satılamaması manasına gelir.

1.4.2. Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim (Ayrılmazlık)

Fiziksel mallar önce üretilir ve depolanır, sonra satılır ve tüketilir. Hizmetler ise önce satılır sonra da üretimle tüketim aynı zaman dilimi içinde gerçekleşir. Üretim ile tüketim birbirinden ayrılmaz (Mucuk, 2004: 302). Hizmetin ayrılmazlık özelliği, hizmetin yaratılması ile kullanılmasının aynı anda olması demektir (Odabaşı ve Oyman, 2008: 17). Bir akşam yemeği hizmeti aynı anda üretilir ve tüketilir. Bu ise müşterinin de hizmet üretiminde bulunması, hatta üretim sürecinin bir parçası olması anlamına gelir. Diğer bir anlamı ise, hizmetin üretilme sürecinde müşteriler genellikle birbirleriyle etkileşimde bulunacak ve birbirlerinin deneyimlerini etkileyeceklerdir (Öztürk, 2009: 21).

1.4.3. Değişkenlik ve Heterojenlik (Türdeş Olmama)

Hizmetler, genel olarak insana bağlı olmalarından dolayı çoğu heterojendir ve hizmetlerin performansı üreticiden üreticiye, müşteriden müşteriye ve hatta gün gün değişim göstermektedir (Parasuraman ve ark., 1985: 42).

Hizmetin kalitesi, nerede, nasıl ve ne zaman verildiğine ve özelliklede onu veren kimseye bağlıdır. İnsanlar da mamullerden çok daha fazla değişkenlik gösterirler. Aynı hizmeti yapan kişiden kişiye değişkenlik bir yana, aynı insan bile farklı zamanlarda farklı kalitede hizmet verebilir; çoğu zaman nazik, kibar iken bazen sinirli ve kaba olabilir (Mucuk, 2004:302). Bu konuyla ilgili bir başka nokta ise hizmet kalitesini değerlendirmenin zorluğudur. Hizmeti satın almadan önce bir tahminde bulunmak zordur (Öztürk, 2009:20) .

1.4.4. Sahiplik

Bir ürünü satın alan onun sahibi olurken, hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanmak söz konusudur. Örneğin; bir otel odasından yararlanmak gibi. Ödeme hizmetlerin kullanılması ya da kiralanması için yapılır. Hizmeti kullananlar da, hizmetin sahipliğini devredemezler. Bu yüzden kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine daha çok bağımlıdırlar (Odabaşı ve Oyman, 2008:18-19).

Yukarıdaki açıklamalara ek olarak Lovelock ve Wirtz (1999: 9-12) hizmet ile mal arasındaki farklılıklardan bahsetmektedir. Bu farklılıklar şu şekilde özetlenebilir. Hizmet üretiminde zaman faktörü çok önemlidir. Çünkü çoğu hizmet ertelenemez. Talebin gerçekleştiği anda üretilmeleri ve müşteri kullanımına sunulmaları gerekir. Hizmet sektöründe kalite kontrol büyük bir problemdir. Fiziki ürünlerde kalite kontrol uygulanabilirliği kolaydır. Ancak hizmetlerde kalite kontrolünün yapılması neredeyse imkânsızdır. Hedef kitleye ulaşabilmek için hizmet üreticileri fiziksel malların dağıtımı gibi dağıtım kanalı kullanırlar.

1.5. SAĞLIK HİZMETİ

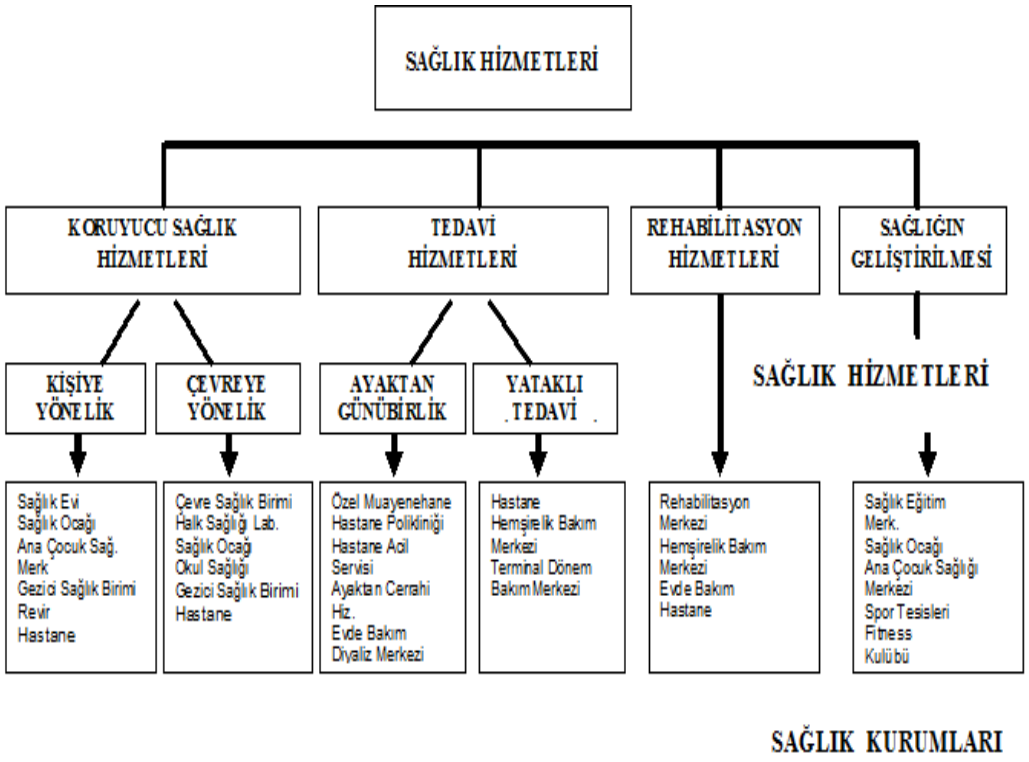
Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yasam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yasam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerini, 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun", "insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler" olarak tanımlamıştır.

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü olarak ifade edilmekte (Şekil 1.2) ve faaliyetler şu şekilde açıklanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 34):

- Koruyucu sağlık hizmetleri; çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek ya da bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek, çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere, çevre sağlığı hizmetleri denir. Bu hizmetler, bu konuda eğitim almış mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni ve benzeri meslek mensupları tarafından sağlanır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise hekim, hemşire gibi sağlık meslekleri üyelerinin yürüttüğü hizmetlerdir (Kavuncubaşı, 2000: 36).
- Tedavi hizmetleri, sağlık durumları bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine tekrar ulaşmalarını sağlamak amacıyla verilen tüm sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekimin sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleşir (Kavuncubaşı, 2000: 39).
- Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin yeniden kazandırılmasına yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren

tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 45).

- Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetleri kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi dar kapsamlı olup birey ve grupları hedef alır. (Kavuncubaşı, 2000: 46).



Şekil 1.2 Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri

Kaynak: KAVUNCUBAŞI, Şahin. **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,** Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000, s.35.

İnsan yaşamının sürdürülmesi, yasam kalitesinin yükseltilmesi ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin güçlü bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı hizmetlerdendir (Asunakutlu, 2010: 3).

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir (Odabaşı ve Oyman, 2008:29).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu piyasanın özelliklerini Top (1999) şu şekilde aktarmıştır: Ekonomistler, tüketicinin kendi tüketim davranışı konusunda en iyi kararı kendisinin verdiğini kabul eden geleneksel talep teorisini savunur. Buna göre, tüketici kullanım faydasını maksimize etmek için farklı mal ve hizmetler arasındaki rasyonel tercihini açıklayarak kendi egemenliğini kurma eğilimindedir. Böyle bir durumda tüketiciler piyasa ortamında talebin asıl belirleyicisidir. Bu prensibe tüketici egemenliği adı verilir. Bu durumda profesyoneller ya da uzmanlar bireylerin istek ve talepleri hakkında en iyi kararı veren konumunda değildir. Sağlık hizmetleri piyasasına bakıldığında ise durum böyle değildir. Sağlık sektöründe tüketicilerin, yani bireylerin kendi sağlık durumları ve sağlık hizmetleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı ileri sürülmektedir. Sağlık sektöründe bilgi asimetrisi yani tüketicinin yeterince bilgi sahibi olmamasından dolayı sağlık hizmetleri talebinde sağlık profesyonelleri asıl belirleyici konumundadır (Top, 1999: 381).

Sağlık mal ve hizmetinin Aktan ve Işık (2010) tarafından aktarılan özellikleri, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmet çeşitlerinde olduğu gibi, bütünüyle serbest piyasa ekonomisine konu edilmesini engellemektedir. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde özetlemiştir:

- Sağlık hizmeti toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir.
- Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik kategorilerden birtakım farklılıkları sağlık malının yapısından kaynaklanmaktadır. Örneğin, gözlük, tekerlekli sandalye, kalp pili gibi doğrudan doğruya sağlık ve yaşamla ilgili gereçlerin, ekonomik literatürde yer alan diğer mallarla -örneğin, otomobil, renkli TV, kitaplık gibi- aynı kategorilerde değerlendirilmesi akılcı değildir. Benzer karşılaştırmalar sağlık hizmetleri ile diğer hizmet alanları için de geçerlidir. Aşılama ve periyodik olarak yapılan kontroller gibi sağlık hizmetleri bir yana, çürük bir dişin alınması, bir apandisit ameliyatının yapılması gibi ortaya çıkacak sağlık gereksinimleri, sağlık alanı dışında diğer alanlarda ortaya çıkan gereksinimlerle bir tutulamaz.
- Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yani nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenememektedir. Bu alandaki istemin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi belirlenmesi zordur. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması bu istemi sınırlayan bir etken olabilir. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan çok öngörülemeyecek niteliktedir. Belirtilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeterli bir güvence sağlayamamaktadır. Örneğin, gıda maddeleri gereksinimi yeterli gelirle karşılanabilir. Buna karşın, sağlıklı olmak için yeterli bir gelire sahip olmak tek başına belirleyici bir etken değildir. Çok iyi gelire sahip olan bir birey potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir.
- Sağlık hizmetinin diğer bir özelliği de, sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Örneğin, bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyete sahip olan çürük dişlerin bakımı konmaz ve ikame edilemez. Buna sağlık hizmetlerinde *"ikame edilemezlik"* özelliği denmektedir. Ancak piyasadaki diğer mallarda, örneğin bir A otomobilinin

maliyeti onu satın almak isteyen kimsenin bütçesini zorluyorsa, kişi tercihini daha ucuz olan B otomobili lehinde kullanabilir. Bu şekilde otomobil gereksinimi daha düşük maliyetli otomobil satın alınarak giderilmiş olmaktadır. Bilet fiyatlarının yüksek olması nedeniyle bir bale gösterisini izlemeye gidemeyen birey, daha düşük maliyetli olan sinemaya gidebilir ya da bu gösteriyi televizyondan izleyebilir. Yani bu mal ve hizmeti diğer bir mal ve hizmetle ikame edebilir. Bu ikame edilebilirlik, sağlık dışındaki mal ve hizmetlerin önemli bir bölümü için şekli ve örneği ne olursa olsun en azından olanaklıdır denebilir.

- Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Özellikle acil olarak, kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez. Sağlığın ihmali bireyin ölümü ile bile sonuçlanabilir.
- Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil de doktor saptamaktadır. Sağlık malının tüketicisi ekonomik ödeme gücü nedeniyle doktorla verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz ve pazarlık edemez. Hastanede yatma süresini ve verilecek ilacın süresini, dozunu ve içeriğini çoğu kez tek yanlı olarak tıbbi ölçütler içinde doktor kendisi saptamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetinin tüketicisinin diğer mal ve hizmet tüketimlerinde olduğu gibi anlamlı bir inisiyatifini ortadan kaldırmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin verilen hizmeti deneme şansları da yoktur.
- Sağlık hizmetinin çıktısı doğrudan paraya çevrilememektedir. Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde sunumunun yapılması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir. Bunun anlamı, bireylerin; çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve daha çok üretim yapma koşullarının bulunması demektir. Ancak, bunların parasal olarak değerinin belirlenmesinin çeşitli zorlukları vardır. Sözgelimi, bebek ölüm hızını binde 30’ dan binde 20’ye çekmek için yapılan harcamaların karşılığı, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi muhasebe kayıtlarındaki doğrudan bir

kâr unsuru olarak hesaplanamamaktadır. Ancak sağlık alanına yapılan harcamalarla korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükseltilerek geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık olgusu, doğrudan ve başlı başına bir yatırımdır. Bu kazanımları ekonomiye aktarmak için ayrıca bir faaliyete gerek bulunmamaktadır. Buna karşılık herhangi diğer bir sektörde elde edilen kârın çeşitli alanlarda kullanılması mümkündür. Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin yarattığı artı değerin ancak özel çaba ile birey ve topluma yararlı verimli yatırımlara dönüştürülmesi olanaklı iken, sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları, ek bir çabaya gereksinim duyulmaksızın ekonomiye geri dönmektedir.

- Sağlık hizmetinin belirleyici diğer bir özelliği de hizmet bedelinin pazarlığa konu olmamasıdır. Çünkü devlet, doktorlar birliği veya bu tarafların kurdukları ya da üye oldukları örgütler fiyatları önceden bağlayıcı olarak belirleyebilirler.
- Sağlık hizmetinin fiyatı gerçek maliyeti yansıtmayabilir. Normal rekabetçi piyasalarda üreticinin kâr amaçlı yaptığı üründen kâr elde etmesi doğaldır. Buna karşın, sağlık hizmetinin taşıdığı toplumsal yarar ve dışsallık özellikleri nedeniyle fiyatın gerçek maliyetleri yansıtması güçtür.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerini Odabaşı ve Oyman ise şu şekilde açıklamışlardır (Odabaşı ve Oyman, 2008: 29-31):

- Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü: Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirdiği olanaklarla üretilen sağlık hizmetlerinin hizmete sunulması ile daha çok karmaşık bir yapı yaratmaktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın almanın getireceği riskin büyük olması sağlık hizmetlerinin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir.

Doktor, hangi ilacın ve tahlilin yapılması gerektiğine ve ameliyatın zorunlu olup olmadığına karar verir. Tüketici açısından sağlık hizmetlerinde yapılabilecek seçim hatası istenmeyen kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Halbuki aldığımız bir deterjandan hoşnut kalmaz isek, bir daha o markayı satın almayabiliriz.

- Tüketicilerin Akılcı Olmayan Davranışları**:** Genellikle, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında ise, üç önemli konuda akılcı olmayan önemli davranışlara rastlanmaktadır: (1) Birçok tüketici, hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. (2) Akıl hastaları gibi gruplar, serbest iradeleri ile seçim yapabilme yeteneğine sahip değildirler. (3) Acil sağlık hizmet talebinde bulunan hastalar tercihlerini belirtemeyecek durumdadır. Yukarıda söz edilen akılcı olmayan davranışlarda, diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine, talep ve tercih belirlenmesi dış faktörlerin etkisinde kalmaktadır.
- Tıp Mesleğinin Kuralları: Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır. Ancak, tıp hizmetini sunanlar üzerindeki kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir. Toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen unsurlardır.
- Ürün ve Kalite Belirsizliği**:** Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu, etkileyen birçok kontrol edilemeyen birçok faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılgılarını en aza indirgemek için başta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak durumundadır.

- Dış Etkenler**:** Salgın hastalık durumlarında, hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için, kapasite arttırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir.

Sağlık hizmetleri diğer hizmetlere kıyasla daha soyuttur. Hastaların sunulan hizmetleri satın almadan önce, deneme ve tecrübe etme imkânı bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra, hastalar kendilerine sunulan tedavi hizmetinin şeklini, niceliğini ve kalitesini tespit etme ve değerlendirme imkânına sahip değildir. Yani diğer tüketim malları alımında söz konusu olan satıcı ve alıcı ilişkisi yaşanmamaktadır. Hizmet sunucusu pozisyonunda olan çalışanların üstünlüğü söz konusudur. Hasta kendisi için gerekli olan şeyleri fark edemediğinden suistimale açıktır. Hastaların menfaatlerinin korunması noktasında sağlık kurumları devreye girmelidir. Bu yönden hastanın ve hasta yakınlarının memnun edici bir biçimde bilgilendirilmesi, tedavi konusunda eğitilmeleri ve aydınlatılmaları önem taşımaktadır. (Tengilimoğlu, 2001: 32).

1.7. HASTANE

Hastaneler, genelde toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve özelde de birey ve çalışan sağlığını geliştirmeye yönelik görevi, yaşamsal önem teşkil etmektedir (Yerebakan, 2000: 18-24).

Ulusal mevzuatımızın Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) 5 nci maddesinde hastaneleri işlevlerine göre 5 ayrı grupta sınıflandırmış ve aynı yönetmelikte hastaneler sağlık kurumları ile aynı anlamda kullanılmıştır.

- **İlçe / belde hastanesi**: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.
- **Gün hastanesi**: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.
- **Genel hastaneler**: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
- **Özel dal hastaneleri:** Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
- **Eğitim ve araştırma hastaneleri:** Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Birçok sağlık hizmeti veren kurum olmasına karşın, sağlık hizmetleri denilince akla ilk olarak hastaneler gelmektedir. YTKİY madde 4'de hastaneler; "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmıştır.

Hastane hizmetleri, birbirinden çok farklı eğitim, yetenek, değerler, gereksinim ve sosyal statülere sahip çok sayıda meslek elemanını barındıran gruplarca üretilir ve üretim süreçleri aşırı işlevsel olarak birbirine bağlıdır (Şahin, 1999:288).

Hastaneler, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getirmektedirler. Bu nedenle hastaneleri tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüt olarak tanımlamak mümkündür. Hastaneler toplumdaki karmaşık ve dinamik kurumlar arasında yer alırlar. Hastane, sağlık ve bakım sisteminin merkezi olarak düşünülür. Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavi edildikleri merkezler olmaları yanında, toplum sağlığının yükseltilmesinde de önemli rol oynarlar. Hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de önemlidir ve ayrıca bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde büyük etkide bulunmaktadırlar. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri, maddi, mali ve beşeri kaynaklardan oluşmaktadır (Asunakutlu, 2010: 6-7).

Hastanelerde tıbbi yapının iyi organize edilmiş olması yetmez. Bununla birlikte idari yapının da iyi organize edilmiş olması, yönetim faaliyetlerinin bilimselliğe uygun yürütülmesi, son gelişmeler ve yeni tekniklerden yararlanılması oldukça önemlidir (Tengilimoğlu, 2001: 34).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Bu bölümde kalite kavramına farklı yaklaşımlar üzerinde durulduktan sonra, hizmet kalitesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin yeri ve hizmet kalitesi boyutlarına yer verilecektir.

Kalite sözcüğü Latince "qualis" kelimesinden köken almakta ve "öyle olmak" anlamındadır (Uz, 1995: 49).

Kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö. 2150 yılına kadar uzanır. Ünlü Hammurabi Kanunları'nın 229. Maddesi'nde yaptığı evi sağlam inşa etmeyen inşaat ustasının ev yıkılıp da ev sahibinin ölmesi halinde, ölümle cezalandırılacağı belirtilmektedir. Fenikeliler zamanında da hatalı üretim yapanların elini kesmekle görevlendirilen kişiler olduğu bilinmektedir (Şimşek, 1998:15). Bu açıklamalardan anlaşıldığı gibi kalite ile ilgili çalışmalar en ilkel biçimiyle de olsa-M.Ö.'ki yıllarda başlamış ve günümüze kadar gelişerek devam etmiştir. Fakat kalite'nin bilimsel bir kavram olarak ortaya çıkması, yönetimin bir bilim olarak ortaya çıktığı 19. yüzyıla denk düşmektedir.

Kalite gelişim süreci incelendiğinde, kalite oluşturma, ölçme ve yönetme kavramlarının da kalite ile birlikte gündeme geldiğini görmekteyiz. Aşağıda kalite kavramının tarihsel gelişim dönemleri ve bu dönemlere ait tanımlara yer verilmiştir.

F. Taylor'un insanı bir makine olarak gördüğü, daha çok üretmenin birincil amaç olduğu bu dönemlerde çalışanların mutluluğu ve kalite göz ardı edilmiştir. İş tatmini, motivasyon gibi insan öğesini ön plana çıkaran yaklaşımlara ise sadece verimlilik açısından ilgi duyulmuştur. Daha çok üretmek, daha çok satmak ve bunun sonucunda da daha çok kazanmak birincil amaç olmuştur (Yılmaz ve Yılmaz, 1999: 245). Muayene diye adlandırılan birinci dönemde Frederich Taylor, 1911 yılında "Bilimsel Yönetimin Temelleri'' adlı eseri ile "üretimin kontrol edilmesi''

düşüncesini ortaya koymuştur. Bu ilk dönemde, ürün kalitesinden o malı üreten operatör, üretim kalitesinden ise üretim nezaretçisi sorumlu tutulup, ürünler işletmeyi terk etmeden önce bir de son kontrolden geçirilip, hatalı olanların sevkiyatı durdurularak, işletme kalite güvencesi sağlanıyordu. Bu yaklaşım maliyetleri arttırarak üreticiye zarar getirmekteydi. Bu dönemin temel yaklaşımı, üretim sonucunda yapılan ürün muayenesi ile tüketiciye hatalı ürünün gitmemesini sağlamaktı (Efil, 1999).

Halter A. Shewart 1920'li yıllarda " problemlerin işin yürütülmesi sırasında bulunması'' esasına dayanan teorisini formüle etmiştir. Bu dönemde, muayene işlemi son kontrollerden ara kontrollerine ve giriş kontrollerine doğru genişletilmiş, standartlar koyulup, istatistiki kalite kontrol metotları geliştirilerek, seri üretimde kalite kontrol düşüncesinin temelleri atılmıştır. Bu anlamda üretim sırasında ortaya çıkabilecek kaliteden sapmalar, önceden belirlenerek düzeltici önlemler alınıp, ürünün hatalı üretilmemesi hedeflenmiştir (Efil, 1999; Şimşek, 1998).

Kalite güvencesi kavramı, İkinci Dünya Savaşı ve sonrasında geliştirilmiş bir kavramdır. NATO üyesi ülkeler, özellikle askeri alanda kullanılacak ilk kalite güvence sistemini oluşturmuşlardır (Yıldırım, 2001: 33). II. Dünya Savaşından yenik çıkan Japonya, ekonomisini düzeltmek için kalite kontrol alanında uzman olan Deming ve Juran'dan kalite yönetimi bilincini öğrenip, bitmiş mamül muayenesi yerine, üretim sisteminin güvence altına alınması düşüncesini geliştirerek, ekonomilerinde çok önemli gelişmeler yaratmıştır (Efil, 1999; Şimşek, 1998). Kalite güvencesi konusundaki gelişmeler, 1987 yılında ISO 9000 serisi adı altında, yeni bir sisteme yönelişi gerektirmiştir. Bu sistem tüm dünyada, tüm alanlarda "Kalite Güvence Sistemi" oluşturmayı amaçlamaktadır (Yıldırım, 2001: 33).

Üretim ve hizmet sektöründe, "kalite" kavramı "yönetim" kavramı ile birlikte anılmaya başlanmıştır. Kalitenin en büyük uzmanlarından olan Deming, yönetimin kalite sorunlarından sorumlu olduğunu, süreçteki hataların % 85'inin bireysel hatalardan ziyade, örgütün yönetim sistemindeki sorunlardan kaynaklandığını ifade etmiştir (McLaughlin ve Kaluzny, 1990: 8).

Tüm bu çalışmaların sonunda 1970 ‘li yıllarda kalite ile ilgili çalışmalara üst yönetim ile birlikte tüm çalışanların katılmasını ve müşterinin %100 memnun edilmesini hedefleyen“ Toplam Kalite Yönetimi’’ anlayışı geliştirilip, yerleştirilmiştir (Yıldırım, 2001: 34).

Toplam kalite yönetimi özellikle sıfır hata, müşteri odaklı olma ve çalışanların katılımını gerektirmesi nedeniyle insan, insan ilişkileri, hatayı kaynağından yok etmenin önemli olduğu sağlık hizmetleri sektöründe geçerliliği yadsınamayacak bir yönetim felsefesidir (Yılmaz ve Yılmaz, 1999: 248).

2.1. KALİTE KAVRAMINA FARKLI YAKLAŞIMLAR

Kalite alanında yaptığı çalışmaları, eserleri ve tüm dünyada yaygın kabul gören fikirleri ile çağımızın kalite öncülerinden olan J.M. Juran kalite için tek ve basit bir tanımlama yapmaktan kaçınmıştır. J.M. Juran kalitenin birden fazla anlamı olduğuna değinmiş ve bunlardan en önemli iki tanesini şöyle açıklamıştır (Peşkircioğlu, 1997):

- Kalite, ürün tatmini sağlamak amacı ile bir ürünün müşteri gereksinimlerine uyum koşullarını tanımlayan özelliklerdir. Tanıma göre ürün, müşterisinin bu üründen tatmin etmesini beklediği gereksinimlerine uyumlu performans özellikleridir.
- Kalite, kusur barındırmamaktır. Bir ürünün müşterilerinin tatmin düzeyini azaltan kusurlardan arındırılmış olması, bir başka deyişle kusursuzluktur.

TS-EN-ISO 9000:2000 standardında kalite, yapısal özellikler takımının şartları yerine getirme derecesi olarak tanımlanmıştır (TSE Yayınları, tarihsiz: 3).

Kotler kaliteyi, performans kalitesi ve uygunluk kalitesi olarak iki ayrı şekilde ele almaktadır. Performans kalitesi; ürünün fonksiyonlarını yerine getirdiği

düzeydir. Uygunluk kalitesi ise hatalardan uzak olmak ve ürünün belirlenen bir düzeyde ne derece istikrarlı olarak performans gösterdiğini ifade etmektedir (Kotler, 2000: 176).

Donebedian kaliteyi; "bakımın iyiliği konusunda yargıya varma" şeklinde tanımlamaktadır (Sarp ve Tükel, 1999:35).

Değişik kalite tanımları, kalitenin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. 1984 yılında D. Garvin, kalitenin 8 boyutunu aşağıdaki gibi tanımlamıştır (1984: 40-43).

1- Performans: Üründe bulunan birincil özellikler
2- Diğer Unsurlar: Ürünün çekiciliğini sağlayan ikincil özellikler
3- Uygunluk: Belgelere ve standartlara uygunluk
4- Güvenirlik: Ürünün kullanım ömrü içinde performans özelliklerinin devamlılığı
5- Dayanıklılık: Ürünün kullanılabilirlik özelliklerinin tümü
6- Hizmet Görürlük: Ürüne ait sorun ve şikayetlerin kolay giderilebilirliği
7- Estetik: Ürünün çekiciliği
8- İtibar: Ürünün geçmiş performansı.

Kalite (Qualistes) Latince "nasıl oluştuğu" anlamına gelen "qualis" kelimesinden gelmektedir. Esasta kalite sözcüğü, hangi ürün veya hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacını taşımaktadır. Kalite, genel olarak günlük konuşmalarda üstünlüğü ve iyiliği, başka bir deyişle, kaliteye konu olan ürün veya hizmetin iyi niteliklerinin olduğunu belirtir. Bu bakımdan da kalite, subjektif değerleri içermektedir. Ancak hemen belirtmek gerekir ki, subjektif değerlendirmelerden oluşan kalite anlayışı ülkeden ülkeye çok sayıda faktörlerin etkisi altında değişik yapı göstermektedir. Bu nedenlerle tüketicinin ürün veya hizmetler için kullandıkları kalite kavramının ifade edeceği anlamlar da farklı olabilmektedir. Bu bakımdan herhangi bir ürünün üretiminde tüketicinin arayacağı niteliklerin gözönüne alınması gerekir. Bu açıdan da kalite subjektif bir kavramdır.

Ancak ürünün ölçülebilen, belirlenebilen ve çoğu kez kalite standartları veya mevzuatlarla belirlenen kalitesi ise objektif kalitedir (Şimşek, 1998:5).

2.2. HİZMET KALİTESİ

Kalite günümüzde öncelikli bir rekabet aracı olup, hem mal hem de hizmet üreten kuruluşlar için stratejik önem taşımaktadır. Hizmet kalitesi de son yılların en çok ilgi gören konuları arasında yer almaktadır.

Kalite, gerçek ve algılanan kalite olarak incelenebilir. Gerçek kalite ile algılanan kalite arasındaki farklılık, yönetim ile tüketicinin kalite hakkındaki görüş farklılığından kaynaklanır. Hizmet işletmeleri ile tüketicilerin bakış açıları karşılaştırıldığında, hizmet işletmelerinin müşteriler ile aynı frekansta olup olmadığı sorunu ortaya çıkar. Bunun temel sebebi, üretici ile tüketicilerin hizmet kalitesi beklenti ve algılamada farklı düşünce de olmalarıdır. Yapılan bir çalışmada, yöneticilerin işçilik, performans ve şekle önem verdiği görülürken, tüketicilerin ürünün dış görünüşü, temizlenebilirliği ve dayanıklılığı gibi özelliklere dikkat ettiği gözlenmiştir. Bu durum kalite bileşenlerinin tüketici açısından farklı yorumlanabileceğine bir örnektir (Varinli, 1996: 91).

Parasuraman ve arkadaşlarına göre hizmet kalitesi; algılanan hizmet ile beklenti duyulan hizmet performansı arasındaki farkın derecesidir (Parasuraman ve ark., 1994: 201).

"Hizmet Kalitesi = Algılanan Hizmet – Beklenen Hizmet"

Algılanan kalite ile gerçek kalite birbirinden çok farklı olabilmekte, bu nedenle, hizmet kalitesi yerine "algılanan hizmet kalitesi" terimi kullanılmakta ve şöyle tanımlanmaktadır; Algılanan hizmet kalitesi; müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini (algılanan hizmeti ya da algılanan performansı) kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve

derecesi olarak değerlendirilmektedir. Müşteri beklentileri karşılandığında algılanan hizmet kalitesi de müşteri için doyurucu olacaktır (Uyguç, 1998: 28). Parasuraman ve arkadaşlarına göre (1985), beklenen hizmet; müşterinin hizmetten beklentileridir ve beklenen hizmeti; müşterilerin geçmiş deneyimleri, kişisel gereksinimleri, ağızdan ağza iletişimleri ve işletme tarafından kendilerine iletilen mesajlar belirler. Hizmetin algılanan karakteri birçok elemandan oluşmakta (örneğin, hizmetin maliyeti, müşteri için taşıdığı önem, müşteri için algılanan risk, tersine çevrilme durumu gibi) ve beklentileri etkilemektedir (Uyguç, 1998: 64).

Algılanan hizmetin iyi olduğuna karar verilebilmek için gerekli olan göstergeler şu şekilde özetlenmiştir (Parasuraman ve ark.,1985: 41-50):

- *Güvenilirlik:* Sunulacak hizmetin güvenilir ve doğru olarak yerine getirilme yeteneği.
- *Sorumluluk:* Çalışanın zamanında hizmet vermeye istekli ve hazır olması ve hizmetin zamanında tamamlanması.
- *Güvence:* Çalışanın verdiği hizmet konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ve müşterinin kendisine güven duyması
- *Empati:* Müşterilere sağlanan kişisel dikkat ve yaklaşım.
- *Dokunulabilirlik:* Hizmetin fiziksel kaynakları, personelin görünümü

Hizmetlerin içine insan faktörü girdiği için hizmet kalitesinin iyileştirilmesinde hizmet vericilerin üzerine odaklanılması gerekmektedir. Hizmet performansı, özellikle emek yoğunluğu yüksek olan hizmetler, iş görenlere ve müşterilere göre ve günden güne değişiklik gösterebilir. Birçok hizmette kalite hizmetin ulaştırılması esnasında genellikle de müşteri ve hizmet personelinin etkileşimi esnasında oluşur. Bu nedenle hizmet kalitesi büyük oranda personelin performansına bağlıdır (Parasuraman ve ark., 1988: 35).

Hizmetlerin soyut, dayanıksız, değişken, heterojen ve üretimle tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi, müşterilerin satın almadan önce alacakları hizmetin kalitesini değerlendirmelerini zorlaştırır. Hizmette kalite kontrol de zordur. Ancak

dikkatli personel seçimi ve bu personelin eğitim ile hizmet kalitesini standartlaştırmak mümkün olabilir. Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesi kavramı ile ilgili üç önemli konuya dikkat çekmişlerdir (Parasuraman ve ark., 1985: 42):

1. Müşteriler için hizmet kalitesini değerlendirmek, ürün kalitesini değerlendirmekten çok daha zordur. Bir ürünün kalitesini fiziksel özellikleri ile (hammaddesi, görünüşü, tazeliği gibi) değerlendirmek mümkündür. Fakat hizmetler soyut olduklarından kişiden kişiye değiştiği için kalitesinin değerlendirilmesi çok daha zordur. Hizmetler soyut oldukları için, üretim süreci sonunda ortaya çıkan somut ürün gibi somut ve sayısal verilerle değerlendirilemezler.

2. Hizmet kalitesi algıları, tüketici beklentileri ile gerçek hizmet performansının karşılaştırılmasının sonucudur. Kaliteli hizmet vermek, müşteri beklentileri ile uyumlu olmak anlamındadır. Hizmet kalitesi, müşteri beklentileri ve sunulan hizmet performansının karşılaştırılmasıyla değerlendirilir. Performans beklentilerden daha iyi ise, hizmet kalitesinin yüksek olduğundan bahsedilebilir.

3. Kalite değerlendirmeleri sadece hizmetin sonucunu değil aynı zamanda sunulan hizmetin sürecini de içerir. Hizmet performansı hizmetin fiziksel özellikleri, kullanılan araç gereç ve hizmeti sağlayan görevlilerle sağlanır. Hizmetler üretildikleri sırada tüketildiklerinden, üretim süreci sonunda ortaya çıkan ürün olarak değil, bütün bir süreç olarak değerlendirilirler.

Hizmetin yerine getirilmesi sırasında karşılaşılan olaylar da kalitenin değerlendirilmesinde etkilidir. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde hizmetin verildiği çevrenin, hizmet sürecinin ve hizmeti veren personelin tüketici üzerinde bıraktığı izlenimler birinci derecede rol oynar. Müşteri ihtiyaçlarını tatmin etmede başarılı olan hizmetler, kullanım açısından uygun olarak nitelendirilir. Bu sebepten hizmet işletmeleri, kaliteli hizmeti kullanım açısından uygunluğa göre değerlendirirken, tüketici açısından belirlenen hizmet özelliklerini dikkate almalıdırlar (Varinli, 1996: 90-92).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Sağlık hizmetlerinde kalite/hasta bakımını ilk ne zaman başladığı ile ilgili literatür taramasında farklı görüşler bulunmaktadır. Gitlow' un belirttiği gibi sağlık alanında, bakım kalitesinin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, konuya olan ilginin ve bu konuda öne sürülen görüşlerin yeni değil, tam tersine sağlık bakımının kendisi kadar eski bir tarihsel geçmişe sahip olduğu izlenmektedir. Eski Mısır, Asur, Çin, Japonya ve Meksika'da tıp okulları ve iyi niteliklere sahip değişik uygulama geleneklerinin olduğu bilinmektedir (Esatoğlu, 1997: 6).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin bu yüzyıldan çok öncesine giden uzun bir tarihi vardır. M.Ö. beşinci yüzyılda Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kuralları, M.Ö. 2000'de Mısır Papürüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, M.Ö. 1100'de Chou hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya başlamadan önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi, M.S. 1000'de İran'da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgisinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi, uzak geçmişteki önemli gelişmelerden bazılarıdır (Racine, 1995: 17-27; akt., Kaya, 2005: 17-18).

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD'de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir (Akgün, 2005: 75). Bir cerrah olan Codman 1914' de yaptığı araştırmayla, teşhisin doğruluğunu, ameliyatın başarısını, tedavinin sağladığı faydayı ve yan etkilerin varlığını incelemiş, aynı zamanda hizmet verenlerin yeterliliğinin bakım kalitesinin tek belirleyicisi olmadığını ileri sürmüştür (Esatoğlu, 1997: 6). Doktorlar ve hastane tarafından verilen klinik bakımın hem sürecini hem de sonuçlarını izlemiştir. Kalite değerlendirmede şimdiki kalite güvencesini destekleyenler gibi, üç amaçla göstergeleri incelemiştir: (1) sorunların hastayla mı, sistemle mi yoksa klinisyenle mi ilgili olduğunu belirlemek, (2) her bir göstergenin hangi sıklıkta oluştuğunu değerlendirmek, (3) önlenebilir sorunların tekrarlanmaması için bu değişkenleri değerlendirmek ve düzeltmek (Kaya, 2005: 18). Başlangıçta sonuçların ne olduğuna yönelik bu tür çalışmalar ile bir anlamda kalite

kontrolü olarak tanımlayabileceğimiz girişimler, sağlık harcamalarındaki hızlı artışın da etkisiyle bundan sonra uygulanacak hizmetlere ait yapı oluşturmuştur (Akgün, 2005: 75).

Codman' ın yukarıda anılan girişimleri, 1915 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği'ni (The Amerikan Collage of Surgeons, ACS) Hastane Standardizasyon Programı geliştirmek üzere harekete geçiştirmiştir ki, bu program da, akredite edilmek isteyen hastanelere, kayıt sistemlerini, kontrol edilmesi için ACS'ye sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. Hastanelerin, gelişmelerin ardından daha fazla hasta çekmek ve dolayısıyla kârlarını arttırmak amacıyla bu tür oluşumlara yöneldikleri açıkça görülmüştür (Esatoğlu, 1997: 6-7).

1952'de ACS, AHA (American Hospital Association- Amerikan Hastaneler Birliği), AMA (American Medical Association-Amerikan Tıp Birliği) ile ve birleşerek, Joint Commission on Accredition of Hospitals'ı (JCAH) kuruluşunu oluşturmuşlardır (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000: 16; Yıldırım, 1998: 53).

Amerika'da JCAH'ın hastaneleri akredite eden bir kurum olarak ortaya çıkması, tıbbi kayıtların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Tıbbi kayıtlar olarak adlandırılan hasta, temsilci ve müşteri kayıtlarını JCAH'ın belirlediği standartlarda hazırlayamayan sağlık kuruluşlarının akredite edilmemesi, tıbbi kayıtları anahtar standart haline getirmiştir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000:16).

1950 ile 1965 yılları arasında, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların, özellikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de hızla ortaya çıktığı görülmektedir. Müşteri odaklı olmayan ve genel anlamda kalite güvencesi yaklaşımına dayalı düzenlemeler yapan bu organizasyonlar, hekimler tarafından gösterilen direnç nedeniyle, yeterli düzeyde bir başarı sağlayamamışlardır. Deming, Crosby, Juran gibi araştırmacılar tarafından tanımlanan ve daha önceki yıllarda sanayi kuruluşlarında başarıyla uygulanmış olan Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin sağlık sektörüne adapte edilmesini amaçlayan proje çalışmaları başlatılmıştır (Akgün, 2005: 75).

1970'li yıllarda ise spesifik tanıların ve prosedürlerin denetimi kavramı geliştirilmiş, 1980'lerin başında ABD' de sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacı ile hizmet standartlarının denetlenmesi ve gerekli alanlarda danışmanlık hizmetinin sağlanması teşvik edilmiştir. Bu gelişme hekimlik hizmetleri dışındaki süreçlerle de ilgilenilmesini ve tüm hizmet süreçlerine yönelik değerlendirmeler yapılmasını, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra sağlık kuruluşlarındaki destek hizmet süreçlerinin de iyileştirilmesini sağlamıştır. JCAH'nın adı, 1989 yılında sektör içinde daha geniş bir alana hizmet edebilmek amacıyla, Sağlık Bakım Örgütlerinde Akreditasyon Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Acreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) olarak değiştirilmiştir. JCAHO sağlık kuruluşlarını belirlenmiş kriterleri kullanarak incelemeye tabi tutmaktadır. 1990'lı yıllardan itibaren, daha çok performans yönünden organizasyonu değerlendirmek olarak şekillendiği görülmektedir (Yıldırım, 1998: 51-53).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetlerinde kalitenin çok sayıda değişkenden etkilenmesi, bunların açık bir biçimde tanımlanmayışı, değişkenlerin subjektif olması ve doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülemeyişi gibi nedenler, sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımlanmasını güçleştirmektedir (Esatoğlu, 1997: 8). Aşağıda, literatürde yer alan sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili yapılmış tanımlardan örnekler verilmiştir.

Donabedian 1966 yılında hizmeti yapı, süreç ve çıktı olarak üç kategoride incelemiştir. Bu kategoriler sağlık hizmetlerinde geleneksel olarak sağlık bakım kalitesinin tanımlanması ve değerlendirilmesini sağlamıştır (MacStravic, 1988: 53; Omachonu, 1990: 43; Sitzia ve Wood, 1997: 1831).

Yapı sağlık hizmetinin sunulduğu koşularıdır (Sitzia ve Wood, 1997: 1831). Hastanenin temizliği, güvenliği, doğru donanımlı muayene ve hasta odaları yapının kalitedeki anlamını verir (Omachonu, 1990: 43). Süreç, sağlık bakımın verilmesi

sırasındaki faaliyetler, (Sitzia ve Wood, 1997: 1831), tıbbi personelin, doğru ve iyi yetişmiş olmasıdır (Omachonu, 1990: 44). Çıktının kalitedeki tanımı ise iyileştirilmiş ve tedavi edilmiş hastadır (Omachonu, 1990: 44).

Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm öğeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir. İnsana ait en önemli varlıklardan olan sağlığın korunması ve sürdürülmesinde kaliteli sağlık hizmeti sunulması, hizmeti sunanların sorumluluğu, sistemi finanse eden vatandaşın da hakkıdır (http://www.canaktan.org/politika/kamudakalite/asuna.pdf(05.03.2010).

İngiltere'de "National Health Service" sağlık hizmetinde kalite için şu tanımı kullanmaktadır: "…doing the right things to the right people at the right time, and doing things right first time". "...doğru işleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak". ABD'de ise, "Institute of Medicine" tıbbi bakımda kaliteyi şu şekilde tanımlamaktadır: "The degree to which health services for individiuals or populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current knowledge". "Bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak". Bu tanım içinde kalite kavramının; ölçülebilir tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belli bir amaca yönelik verilen hizmetin yararının sonuçların ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir (Akalın, 2002: 35).

JCAHO hasta bakımında kaliteyi, 1988 yılında "mevcut bilgi dahilinde, hasta bakım hizmetlerinin, istenilen hasta çıktılarının olasılığını artırma ve istenmeyen hasta çıktılarının olasılığını azaltma derecesi" olarak tanımlamıştır. Günümüzde, sağlık bakım hizmetlerinde bu tanımın hizmeti alan ve yararlananların düşüncelerini, yargılarını ihmal ettiği belirtilerek yeterli olmadığı düşünülmektedir (Özgen, 1995: 48).

Tıbbi bakım hizmetlerinin kalitesinin ihmal edilen bu yönü, pazarlama bakış açısından düşünüldüğünde: "örgütün tüm çalışanları ile birlikte müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarının giderilmesi için sürekli bir çabanın verilmesi olarak" tanımlanmaktadır (Omachonu, 1990:45).

Taylor ve Cronin, sağlık hizmetleri tüketicilerinin, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki farkı algılamadıklarını, her ikisini de aynı değerlendirdiklerini, ancak, hizmet kalitesi, müşteri tatmini ve çalışanın iş doyumunun, birbirleri ile bir ilişki içinde bulunduklarını belirtmektedirler (Taylor ve Cronin, 1994: 42). Hastanenin hizmet kalitesinin, o hastanenin yönetim kalitesi olduğu düşünülmektedir.

Sağlık sektöründe kaliteli bir hizmetin nasıl olması gerektiğine ilişkin göz önüne alınması gereken önemli bir nokta; bu sektörde kalitenin, farklı gruplarca farklı anlamlar taşımasıdır. Bu gruplar ise hastalar, hekimler ve yöneticilerden oluşmaktadır. Hekim açısından kalitenin anlamı bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve hastanın, mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesidir (Özgen, 1995: 51-52).

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetin kalitesi denildiğinde, çoğu hastane yöneticisi için bunun anlamı, teşhisten tedaviye hizmet sunumunu olanaklı hale getiren teknik unsurların kalitesi olabilmektedir. Bu da kalite tanımındaki müşteri odaklılıkla bağdaşmamaktadır. Çünkü bu noktada hastanın hizmetin kalitesiyle neyi işaret ettiği gözden kaçmaktadır. Hasta bakış açısıyla hizmet kalitesi, sağlık hizmetini sunanın anlayışından farklılaşmakta, hizmetin teknik yönü kadar, hastanenin fiziksel olanaklarını, atmosferini, çalışanların yaklaşımını hatta

hastanenin broşürlerini dahi kapsayabilmektedir. Dolayısıyla, hizmet kalitesine ilişkin değerlendirmeleri salt sağlık hizmetlerini sunanlar, yani doktorlar, hastane yöneticileri vb. itibariyle yapmak yanıltıcı olacaktır. Her birinin algılamaları farklılaşabilecektir (Odabaşı ve Oyman, 2008:149-150).

Sağlık hizmetlerinde kalite; bir cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste gerçek acil bakımının verilmesi, klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların elimine edilmesi, günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojisinden yararlanılması, hekim-hasta ilişkilerinin ve işgören-hasta ilişkilerinin belli bir düzeyde olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilebilir (Odabaşı ve Oyman, 2008: 150).

Sağlık hizmeti sunumunda geleneksel tedavi yaklaşımı, mevcut bilgi ve teknolojiyle, sağlık hizmetleri çıktısını artırmayı hedeflemektedir. Her ne kadar sağlık hizmetleri çıktıları nispeten somut ve açık olarak görülebilse de, bu çıktıların hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılmasında dikkatli olmak gerekmektedir. Genellikle sağlık hizmetlerinin verilmesiyle hizmet çıktılarının ölçülmesi arasında önemli sayılabilecek bir zaman aralığı vardır. Bazı durumlarda, çıktının ne olduğunun değerlendirilmesi ya çok zordur ya da neredeyse imkânsızdır. Ayrıca, sağlık hizmetini alan birçok hasta, sağlık hizmetinin uygun bir şekilde verilip verilmediği, hatta, gerekli olup olmadığı konusunda yeterli uzmanlık ve beceriye sahip değildir. Tüm bunların bir sonucu olarak da, hasta, konunun teknik boyutunun dışında kalan hasta-doktor ilişkisi ve/veya hastane ortamı gibi dolaylı nitelikteki kriterleri kullanarak hizmet kalitesini değerlendirme yoluna gitmektedir (Odabaşı ve Oyman, 2008:151).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Devebakan, 2006: 121).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için aşağıdaki konular önem taşımaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 66).

a) Mesleki Yeterlilik: Hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili güncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olabilmesi ve bu bilgi ve becerileri uygulayabilmesidir. Mesleki yeterlilik, nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesiyle sağlanabilir.

b) Kişisel Kabul Edilebilirlik: Hizmet sunum tarzının, bireylerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır. Hizmetler, yeterliliği bulunan personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olsa bile, yeterli bilgilendirilmeme, personelin güven telkin etmemesi, nazik davranmaması gibi nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilirler.

c) Kalitenin Uygunluğu: Verilen hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasıdır.

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşıması gereken özellikler şu şekilde belirtilmiştir (Özgen, 1995: 49). Bu rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın;

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı, mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlaması,

- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karsı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesi yedi özellikle tanımlanmaktadır (Donabedian, 1990). Bu özellikler aşağıda açıklanmıştır (Kavuncubaşı, 2000: 273):

- Etkenlik (Efficacy): Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade eder.
- Etkililik (Effectiveness): Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir.

- Verimlilik (Efficiency)**:** Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir.
- Optimal Olma (Optimality): Optimallik, kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.
- Kabul Edilebilirlik (Accetability): Kabul edilebilirlik, verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelir.
- Yasallık (Legitimacy): Yasallık, verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.
- Eşitlik (Equity): Eşitlik, tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

Sarp'ın yukarıda verilen özelliklere ilave olarak eklediği maddeler ise şunlardır (http://www.nilgunsarp.com):

- Süreklilik; Bakımda sürekliliğin sağlanması. Hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli ve yeterli olması, böylece, hasta başka sağlık kuruluşuna gittiği zaman değerlendirilmesinin kolaylıkla yapılması,
- Tam zamanında hizmet sunumu; Hizmetin tam zamanında sunulması, çeşitli nedenlerle geciktirilmemesi, erken teşhis ve tedavinin uygulanması,
- Katılım; Hasta ile işbirliği yaparak, bakım sürecine bilinçli katılımının sağlanması,
- Erişilebilirlik; Bireylerin hizmeti gereksinim duyduğunda alabilmesi. Hizmeti almasında uzaklık, bekleme süreleri gibi engeller var mı?

2.4.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmetlerin karakteristik özelliklerinden dolayı, bir çok değişken hizmet kalitesini etkilemekte aynı zamanda bu değişkenler hizmetten hizmete farklı etkiler yapmaktadır. Hizmetlerin üretim ve tüketimlerinin aynı anda olması, müşterinin yalnız hizmet tüketiminde değil, hizmet üretimine de katılması, hizmet üretiminin iletişim ağırlıklı olması ve yüzyüze ilişkilerin fazla olması bu duruma neden olarak gösterilebilir örneklerdir. "Hizmet kalitesini etkileyen değişkenler, etkileşim yaklaşımına göre "insan-insan etkileşimi"ne dayanır (örneğin, hasta-hekim; öğretmen-öğrenci; müşteri-banka memuru gibi (Uyguç, 1998: 60).

Müşterinin kendisi ya da kişiliği, hizmet üretimi ve tüketimi esnasında sürece dahil olacağından bu durum hizmet kalitesini etkileyecektir (Grönroos 1984). Müşterinin eğitim seviyesi, deneyimleri, algılamaları, beklentileri, çekingen veya aktif olup olmadığı, özgüveni, sosyal statüsü, hayat görüşü, ruh hali, duyguları, ekonomik ve kültürel özellikleri hizmeti aldığı esnada davranışlarına yön vererek iletişime etki edecek ve hizmet kalitesini de etkileyecektir. Epstein, insan davranışlarının, doğru olmayan bir şekilde, "sebepler" tarafından yönetildiğinin düşünüldüğünü, halbuki duygusal değişkenler tarafından belirlenen, deneyim sisteminin otomatik bir şekilde davranışları nasıl yönlendirdiğini açıklamaktadır (Humphreys vd., 2005: 122). Müşteri beklentileri de, hizmetin algılanan niteliğini etkileyecektir (Taylor ve Cronin, 1994: 40).

Hizmet kalitesinin boyutları ile ilgili birçok akademisyen ve araştırmacı çeşitli yaklaşımlar geliştirmişlerdir. Tablo 2.1'de bu yaklaşımlar özetlenmektedir.

Hizmet kalitesinin kolaylıkla anlaşılabilmesi ve yönetilebilmesi için hizmet kalitesini çeşitli yaklaşımlarla bileşenlerine ayırma yoluna gidilir (Odabaşı ve Oyman, 2004:151). Literatürde hizmet kalitesini soyut olmaktan çıkarıp, somut değerler içinde ölçebilmek maksadıyla çeşitli modeller geliştirilmiştir (Bolton ve Drew, 1991: 1).

Tablo 2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları

YAZARLAR	ÖNERİLEN BOYUTLAR
SASSER, OLSEN, WYCKOF (1978)	a. Üretimde kullanılan materyallerin niteliği b. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç vb. teknik olanaklar, c. Personelin tutum ve davranışı
LEHTINEN (1983)	1. Üç boyutlu yaklaşım a. Fiziksel kalite b. Etkileşim kalitesi c. Şirket kalitesi 2. İki boyutlu yaklaşım a. Süreç kalitesi b. Çıktı kalitesi
GRÖNROOS (1983)	a. Teknik kalite b. İşlevsel kalite c. Firma imajı
PARASURAMAN, ZEITHAML VE BERRY (1985)	a. Güvenilirlik b. Heveslilik c. Yetenek d. Ulaşılabilirlik e. Nezaket f. İletişim g. İnanılırlık h. Güvenlik i. Müşteriyi tanıma/anlama j. Hizmet ortamı
NORMAN (1988)	Hizmet paketinin özellikleri: a. Değişir (soft) özellikler b. Değişmez (hard) özellikler

Kaynak: UYGUÇ, Nermin, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir, 1998, 36-37

Hizmet kalitesini ölçmede kullanılan belli başlı modeller ise şunlardır (Aydın, 2007: 1112; Eleren ve ark., 2007: 78):

a. SERVQUAL

b. Benchmarking

c. Toplam Kalite Endeksi

d. SERVPERF

e. Kritik Olaylar Yöntemi (CIT)

f. Linjefly'nin Hizmet Barometresi

g. Grup Mülakat Yöntemi

h. İstatistiksel Yöntemler

Tanımlanan hizmet kalitesi boyutlarından ve geliştirilen hizmet kalitesi ölçüm modellerinden en sık rastlananlara aşağıda yer verilmiştir.

2.4.2.1. Deming'e Göre

Deming aşağıda belirttiği performans karakteristiklerinden herhangi biri için yapılacak akış şemaları ile, yönetime hangi alanlarda eğitim ve yardıma ihtiyaç olduğunu gösterecek ve böylece sistemdeki yapılacak değişikliklerin başarılı olup olmadığını ortaya koyacaktır (Deming, 1996, s. 167-168);

- Laboratuvar sonuçlarını hasta takip çizelgelerine aktarmadaki gecikmeler,
- Hastalara yanlış ilaç verilmesi,
- Hastalara yanlış dozda ilaç verilmesi,
- İlacın yanlış verilmesi,
- İlaçla tedavi sırasında hastaların yeterince gözlenmemesi,
- Hastalara verilen ilaçlara gösterilen toksik tepki sayısı,
- Doktor tarafından istenilen ancak yapılmayan laboratuar testi sayısı,
- Eksik tutulan tıbbi kayıt sayısı,
- Gereksiz cerrahi müdahale sayısı,
- Toplam cerrahi müdahale sayısı,
- Cerrahi müdahale sonrası komplikasyon sayısı,
- Toplam ölüm oranı,
- Cerrahide ölüm oranı,
- Acil serviste ölüm oranı,
- Türlere göre cerrahi müdahale sayısı,
- Yapılan kan nakli sayısı,

- Kan torbası üzerindeki yazının zor okunması ve kanın yanlış hastaya verilmesinden dolayı meydana gelen kan nakli tepkisi sayısı,
- Cerrahi müdahale öncesi ve sonrası durumun birbirini tutmaması,
- Laboratuvarlarda meydana gelen yangınlar, kimyasal maddelerin kaza ile dökülmesi ve diğer kazalar,
- Deney amaçlı ilaç kullanımı,
- Hastalardan gelen şikâyetler,
- Ortalama hastanede yatış süresi,
- Çeşitli nedenlerle tecrit edilen hasta sayısı,
- İstenilen röntgen sayısı,
- İstenilen laboratuvar tetkiki sayısı,
- Radyasyon prosedürü sayısı,
- EEG ve EKG sayısı,
- Hastalarla ilgili okunamayan istek ve rapor sayıları,
- Laboratuvar hataları,
- Laboratuvarda yeniden işlem oranı,
- Hastalardan numune alınması ve numunenin laboratuarlara ulaştırılması sırasındaki geçen zaman,
- Kabul edilemez numune sayısı: Numunenin uygun olmayan kapta alınması, yetersiz miktar, hasta adının eksik yazılması ve okunamaması, laboratuvar istem formundaki hasta adı ile numune kabı üzerindeki adın aynı olmaması, numune kabının kırık ya da çatlak olması, numunenin laboratuara gitmesi için gereğinden fazla bekletilmiş olması.
- Eksiklikler, parça adıyla
- Fazlalıklar, parça adıyla,
- Bilgisayarın çalışmama süresi ve bu süre uzunluğunun dağılımı,
- Son kullanma tarihi geçmiş kimyasal madde ve ilaç sayısı,
- Fazla çalışma kayıtları, hastalık veya başka nedenlerden dolayı işe gelmemiş personel sayısı.

Görüldüğü gibi Deming'in hastane performansını değerlendirmeye yönelik sıraladığı kriterler somut olarak ölçülebilir niteliktedir. Sağlık işletmeleri yöneticilerinin söz konusu çıktılar üzerinde yoğunlaşması, sağlık işletmesinin başarısı için büyük faydalar sağlayacağı muhakkaktır. Ancak günümüz rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında aynı zamanda hasta beklentilerinin, algılarının ve dolayısıyla hasta bakış açısıyla algılanan hizmet kalitesinin de ölçülmesi ve değerlendirilmesi sağlık işletmesinin başarısında belirleyici rol oynayacaktır. (Devebakan, 2005: 23).

2.4.2.2. Donabedian'a Göre

Avedis Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üçe ayırır. Bunlar; teknik yönü, kişiler arası iletişim yönü ve sağlık hizmetlerinin konfor yönüdür (Odabaşı ve Oyman, 2004: 151; Turnel ve ark., 1995: 45).

Hizmet kalitesinin teknik yönü, tıbbi bir problemin tanımlanmasından çözümlenmesine değin gereken bilgi ve teknolojiye karşılık gelmektedir. Bir hastanedeki hizmetlerin teknik kalitesi denildiğinde, uzman doktorlar, birikimleri, teknik donanımlarla sağlık sorununun tatmin edici bir şekilde ele alınması ve çözümü akla gelecektir.

Hizmet kalitesinin kişiler arası iletişim yönü ise sağlık hizmetini sağlayan tarafın hastayla olan ilişkisinde psikolojik ve sosyal etkileşime verilen önemi tanımlar. Hizmetin sağlanmasında yer alanların ki bu doktor, hemşire, kat görevlisi, kayıt görevlisi vb. de olabilir, hastaya nasıl yaklaştığı, ilgilendiği, iletişim kurduğu, hastanın hizmet kalitesine ilişkin algılamalarını ve tatminini etkileyen bir unsurdur.

Konfor yönü ise sağlık hizmetinin sunulduğu fiziksel ortamın tatmin ediciliğiyle ilgilidir. Bekleme salonunun, hastanın kaldığı odanın ferahlığı, dekorasyonu, mobilyaları, telefon vb. olanaklarından lezzetli yiyeceklerin sunumuna kadar, çekici ve rahatlık sağlayan unsurlardan oluşur.

2.4.2.3. Christian Gronroos' a Göre

Christian Gronroos (1984), bir hizmetin toplam kalitesini etkileyen iki önemli boyut olduğunu üzerinde durmaktadır. Söz konusu bu boyutlar; teknik ve fonksiyonel (işlevsel) boyutlardır.

Teknik boyut; hizmet sunum süreçlerinde müşterinin "ne" aldığı ile ilgilidir ve teknik kaliteyi, müşteriler daha objektif bir şekilde değerlendirebilirler (Gronroos, 1984: 36). Müşterinin hizmet örgütüyle etkileşimi sonucu ne elde ettiği, kalite değerlendirmesinde önemlidir. Ancak sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabileceği için, teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar verme şansına sahip olmayabilir veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir. Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanıması veya bir laboratuar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık işletmesinde ortalama yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır (Devebakan, 2006:131).

Müşterilerin hizmeti veya teknik kaliteyi "nasıl" aldığı da önemlidir ve hizmet kalitesinin bu boyutu fonksiyonel boyut olarak adlandırılabilir. Teknik kalite, müşterilerin "ne" aldığının bir sonucuyken; fonksiyonel kalite ise hizmetin müşteriler tarafından "nasıl" alındığının karşılığıdır. Ancak fonksiyonel kalite müşteriler tarafından teknik kalite kadar objektif şekilde değerlendirilememektedir (Gronroos, 1984: 36-37).

Doktorların ve hemşirelerin hastalara karşı tutumları, temizlik, hastane yemeğinin kalitesi gibi faktörler sağlık işletmelerinin işlevsel kalitesini etkilemektedir. Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, hizmetin "nasıl" sunulduğu sağlık hizmet kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır. Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır. Örneğin kliniğimizin camlarını ve yerlerini bir özel temizlik şirketine temizlettikten sonra ne derece iyi bir is

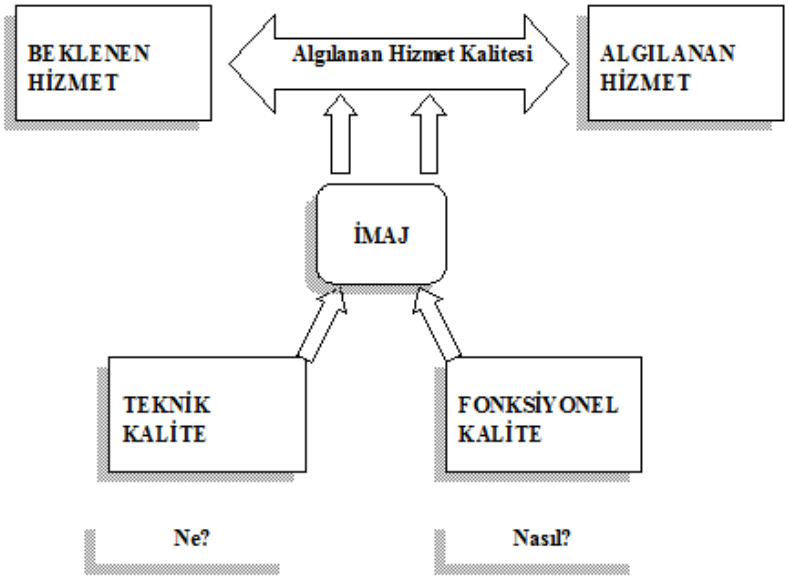
yaptıklarını kolayca değerlendirebiliriz. Öte yandan hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir Sağlık hizmetlerini satın alanlar hizmet kalitesini değerlendirmek için teknik olmayan özellikleri (örneğin çektikleri acı, süreç için bekleme süresinin uzunluğu gibi) kullanabilir. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği gibi hiçbir teknik uzmanlık da gerektirmemektedir (Devebakan, 2006: 131-134).

Gronroos'a göre (1984), firmanın imajı teknik ve fonksiyonel kalitenin bir sonucudur. Şekil 2.1.'de görüldüğü gibi imaj hizmet üreten firmanın müşterileri tarafından nasıl algılandığının bir sonucudur. İmaj ise kalite algılamasında bir süzgeç görevi görmektedir. Bu nedenle firma imajının aynı zamanda hizmetin kalitesinin yükseltilmesi için, teknik ve fonksiyonel kalitenin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Hizmet işletmelerinde müşteri ile doğrudan etkileşim halinde olan personelin fonksiyonel kalite için önemi büyüktür.

2.4.2.4. Parasuraman, Zeithaml ve Berry' e Göre

Parasuraman, Zeithaml ve Berry hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir bakış açısı getirebilmek, kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek maksadıyla hizmet sektörü yöneticileri ve müşterilerini kapsayan keşfedici araştırmalara girmişlerdir. Yaptıkları araştırmalarda, hizmet kalitesinin boşlukları tanımlanmış ve bu boşlukların doldurulması ile ilgili yorumlar yapılmışlardır. SERVQUAL modelini geliştirmişlerdir.

Sekil 2.2.'de görülebileceği gibi, hastanın hizmete yönelik beklentilerini ağızdan ağza iletişim, hastanın gereksinimleri ve geçmişteki deneyimleri şekillendirmektedir. Bir sağlık hizmeti konusunda değerlendirme yaparken sıkça çevremizdekilerle iletişim kurar ve onların görüşlerini alırız. Ayrıca bir sağlık kuruluşu örneğin; bir hastane hakkında basında çıkan yazılar, kuruluşun çeşitli toplumsal konuları destekleme faaliyetleri (örneğin; lösemili çocuklara yönelik bir kampanyada aktif rol alma gibi) bizlerde hastane konusunda bir imaj oluşmasına yardımcı olur (Odabaşı ve Oyman, 2004:155).



Şekil 2.1. Gronroos'un Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: GRONROOS, Christian, "A Service Quality Model and Its Marketing Implications", **European Journal of Marketing,** 18 (4), 1984, 40

Bir hastane ile daha önceden bir ilişkimiz olmuşsa, kazandığımız deneyimin beklentilerimizi yönlendireceğimizi düşünebiliriz. Örneğin; daha önceki deneyimimiz bizde tatmin yaratmışsa bu tatmin ışığında beklentilerimizi şekillendirerek yine aynı hastaneyi düşünürüz. Bazen de tam tersi hoş olmayan bir deneyimimiz nedeniyle, yeni arayışlara yöneliriz. Kişisel gereksinimler her bir hastanın beklentilerini yönlendiren içinde bulunan sağlık durumuyla yakından ilgilidir. Acil müdahale gerektiren bir durum, uzun süreli tedaviyi gerektiren (hastanede ya da evde olabilir) bir hastalık, hastanın gözetiminde tutulmasını gerektiren bir rahatsızlık gibi çeşitli sağlık durumları hastanın kişisel gereksinimlerini yönlendirecektir. Ayrıca hastanın yaşı, hastalığın ciddiyeti, hastanın eğitim düzeyi, sigorta kapsamı gibi unsurlar da hastanın tıbbi durumunun bir fonksiyonu olarak hastane tercihlerini ve beklentilerini etkileyecektir (Odabaşı ve Oyman, 2004:155).

Hizmet kalitesi modelinde hizmet kalitesi algılamalarını etkileyen boşluklar ve bunlara neden olan faktörler şu şekildedir:

Bilgi Boşluğu (Boşluk-1): Müşterilerin bir hizmetten beklentileri ile yönetimin müşteri beklentilerini algılaması arasındaki farktır.

Standardizasyon Boşluğu (Boşluk-2): Yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile hizmet sunumu için belirlenen hizmet standartlarının tarifi arasındaki farktır.

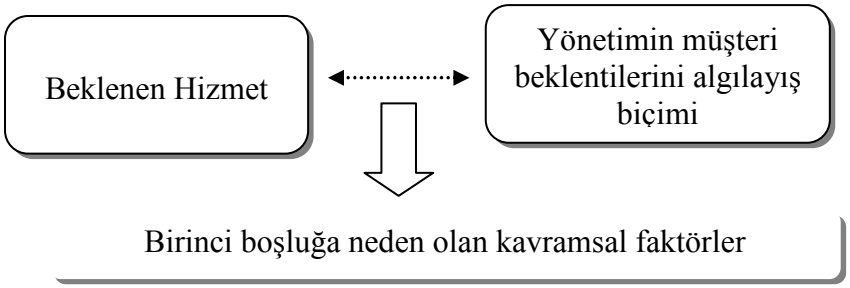
Sunum Boşluğu (Boşluk-3): Hizmet sunumu için belirlenen hizmet standartlarının tarifi ile gerçekte sunulan hizmetin kalitesi arasındaki farktır. Örneğin, çalışanlar eğitildikleri biçimde hizmeti sunabiliyorlar mı?

İletişim Boşluğu (Boşluk -4): Gerçekte sunulan hizmet kalitesi ile firmanın dışarıyla iletişim yolları olan broşür ve ilanlarda tarif ettiği hizmet kalitesi arasındaki farktır.

Hizmet Boşluğu (Boşluk-5): Hizmet boşluğu, müşterilerin hizmetten beklentileri ve gerçekte aldıkları hizmetin kalitesini algılamaları arasındaki farktır. Bilgi boşluğu, standardizasyon boşluğu, sunum boşluğu ve iletişim boşluğunun bir fonksiyonudur. Hizmet boşluğu, bu açıkların boşlukların azalması veya artmasıyla aynı yönde hareket eder.

Birinci Boşluk: Bilgi Boşluğu-Müşteri Beklentilerini Bilmemek

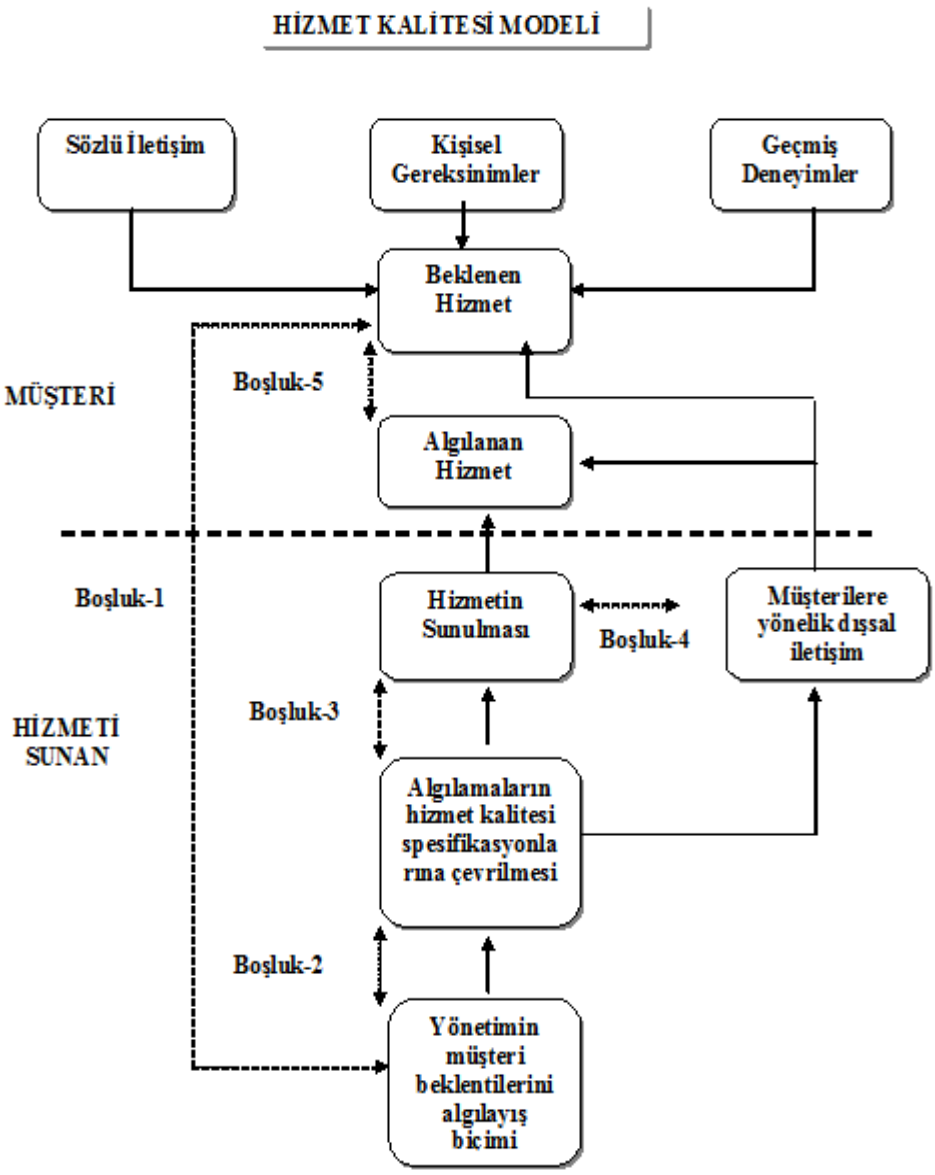
Birinci boşluk müşteri beklentileri ile yönetimin müşteri beklentilerini algılayışı arasındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Hizmet kalitesi müşteri beklentilerinin karşılanması ve hatta aşılması olduğundan dolayı şirketler için müşteri beklentilerini bilmek çok büyük bir önem taşımaktadır.



1. Piyasa araştırması yöneliminin eksikliği,
2. Aşağıdan yukarıya doğru iletişimin yetersizliği,
3. Yönetsel kademe sayısının çok fazla olması.

Hizmet firmalarının ciddi sorunlarla yüz yüze gelmesine yol açabilecek olan müşteri beklentilerini algılama eksikliğinin temel olarak iki nedenden kaynaklandığı belirtilmektedir. Bunlardan ilki, hizmet firmalarının müşteri beklentilerini öğrenmeye çalışma fikrini küçümsemesi ve bu konuda hiçbir çaba göstermemesidir. İkincisi ise, müşteri beklentilerinin firma dışından bir gözlemci olarak değil de içerden dışarıya bakmak suretiyle öğrenilmeye çalışılmasıdır. Bu perspektiften bakıldığında da, müşteri ihtiyaçlarına karşılık veremeyen ve bazı özellikleri eksik kalmış bir hizmet sunumu söz konusu olmaktadır (Bozdağ ve ark., 2003: 6-7).

Hastane ya da diğer sağlık kuruluşlarının hastaların ihtiyaç, istek ve beklentilerini, hizmeti sunanların yeterince anlamamaları durumunda ortaya çıkar. Hastaların beklentileri hakkında düzenli, bir şekilde bilgi elde etmek, bunun için araştırmalar yapmak önem kazanır (Odabaşı ve Oyman, 2004:155).

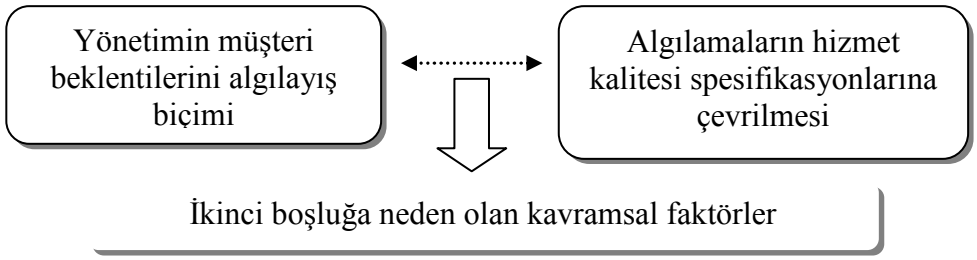


Sekil 2.2. Hizmet Kalitesinin Kavramsal Modeli

Kaynak: Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.B. (1985): "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, vol. 49, Fall 1985, p.44.

İkinci Boşluk: Standardizasyon Boşluğu- Yanlış Hizmet ve Kalite Standardı

Hizmet firması yöneticilerinin, müşteri beklentilerini doğru şekilde algılamış olsalar dahi bunu hizmet standartları haline dönüştürmedikçe istenen kalite düzeyine ulaşmalarının güç olduğu ifade edilmektedir (Bozdağ ve ark., 2003: 7).

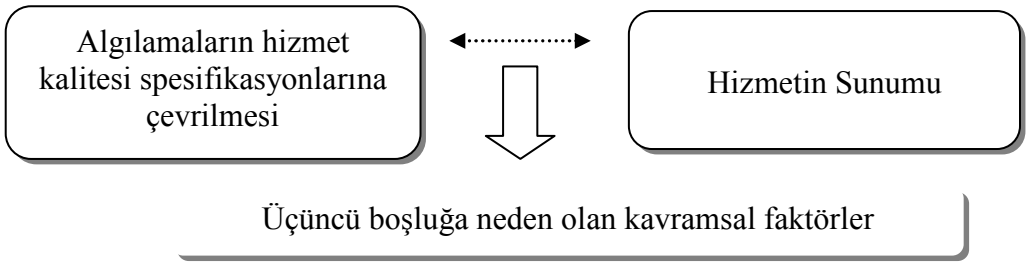


1. Yönetimin hizmet kalitesini yükseltmeye isteksiz oluşu,
2. İmkânsızlık algısı
3. Görev standartlarının yetersizliği,
4. Hedef saptamama.

Yönetimin hasta beklentilerine ilişkin algılamaları bu sistematik araştırmalara dayanmıyorsa ve yeni hizmet düzenlemelerine dönüşmüyorsa ikinci uçurum ortaya çıkacaktır. Hastaların beklentilerine ilişkin değerlendirmeler hangi hizmet alanlarında sorunlar olduğunu görmeye ve buna yönelik hizmet düzenlemeleriyle standartlar oluşturmayı kolaylaştırır (Odabaşı ve Oyman, 2004: 156).

Üçüncü Boşluk: Sunum-Hizmet Performansı Boşluğu

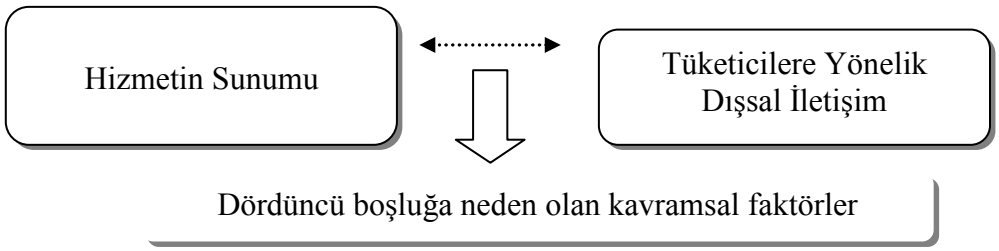
Bazen yöneticiler müşteri beklentilerini doğru olarak algılamış ve bunlara uygun standartları yürürlüğe koymuş bile olsa istenilen şekilde hizmet sunulamayabilir. Hizmet şartnameleri ile gerçekleşen hizmet sunumu arasındaki farklılık "hizmet performansı boşluğu" olarak adlandırılmaktadır. Bu performans boşluğu çalışanların hizmeti istenen düzeyde yerine getirememesinden ya da getirmek istememesinden kaynaklanmaktadır. Müşteriler ile doğrudan iletişimin söz konusu olduğu, işgücü yoğun ve bir çok bölgede dağılmış olan hizmetler için bu boşluğun geniş olması mümkündür (Bozdağ ve ark., 2003: 7).



1. Rol belirsizliği,
2. Rol çatışması,
3. İşe uygun olmayan elemanlar,
4. İşe uygun olmayan teknoloji,
5. Uygun olmayan denetim sistemleri,
6. Algılanan kontrol eksikliği,
7. Takım çalışması eksikliği.

Hastaların beklentilerine ilişkin değerlendirmeler hangi hizmet alanlarında sorunlar olduğunu görmeye ve buna yönelik hizmet düzenlemeleriyle standartlar oluşturmayı kolaylaştırır. Eğer bu düzenlemeler yapılmıyorsa, hizmetin sunumunda sorunlar ortaya çıkacak ve üçüncü uçurum oluşacaktır. Örneğin bir servisteki uzun kuyruklar, o servisin talebi karşılamasında bazı sorunlar olduğunu gösterebilir ve hizmet sunumunda aksaklıklara yol açabilir. Bazen de hastayla etkileşimde olan personele ilişkin eğitim, motivasyon vb. çalışmaların yapılmayışı, hizmet sunumunda sorunların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Böyle bir durumda belki de ilk çıkış noktası personelin beklentilerinin değerlendirilmesi olacaktır. Başka bir ifadeyle performans ve ödül sistemleri, yetki ve sorumluluk dağılımları, rol çatışmaları gibi unsurlardaki sorunlar çalışanların iş tatminini etkileyerek, hastaların tatmin düzeylerine yansıyabilecektir. Hemşirelere yönelik olarak yapılan bir çalışmada, hemşirelerin tatmin düzeylerinin, hastaların tekrar hastaneye gelme niyetlerini ve hastane konusunda çevresindekilere yapacağı yorumu etkilediği görülmüştür (Odabaşı ve Oyman, 2004: 156).

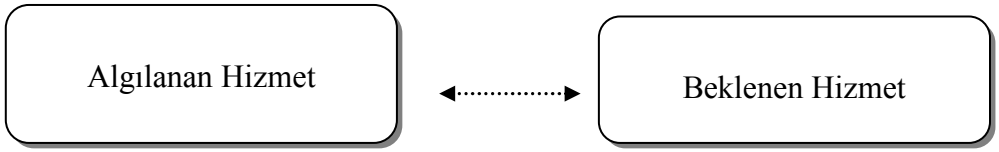
Dördüncü Boşluk: İletişim Boşluğu-Verilen Sözlerle Hizmet Sunumunun Uymaması



1. Yatay iletişimin yetersizliği,
2. Abartma eğilimi.

Tüketicilere iletilen planlanmış mesajlarla ilgilidir. Bir işletmenin iletişim araçlarıyla gönderdiği mesajlardaki vaatler sunulan hizmetle uyumlu değilse yine sorun ortaya çıkacaktır. Bu durumda işletmenin vaatlerinde gerçekçi olması, abartıya kaçmaması önerilir. Çünkü abartılı vaatler, tüketicinin beklenti düzeyinin daha da, yükselmesine, normal koşullarda kabul edebileceği bir performans düzeyini abartılı vaatler nedeniyle kalitesiz olarak algılanmasına neden olabilecektir (Odabaşı ve Oyman, 2004: 156). Müşterilerin hizmet kalitesi algılarını etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak nitelendirilmektedir (Bozdağ ve ark., 2003: 7).

Beşinci Boşluk: Hizmet Boşluğu



Algılanan hizmet kalitesi, tüketicilerin işletmelerden almayı arzu ettikleri ile aldıkları hizmeti karşılaştırmaları sonucu ortaya çıkar. Başka bir ifadeyle algılanan hizmet kalitesine, tüketicilerin beklentileri ile algıları arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak bakılır. Beklentiler, tüketicinin hizmet kalitesi değerlendirmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Beklentilere, tüketicilerin arzuları, istekleri olarak

bakılır. Tüketicinin almayı beklediği, ümit ettiği hizmet düzeyi olarak tanımlanan bu beklenti standardı arzu edilen hizmet olarak da adlandırılabilir. Beklenen hizmet, tüketicinin ne olmalı ve ne olabilir gibi inançlarının bir karışımıdır. Tüketici tarafından algılanan hizmet kalitesi, 5. farkın büyüklüğüne ve yönüne bağlıdır. 5. fark da, yukarda bahsedilen diğer farkların bir fonksiyonudur (Bozdağ ve ark., 2003: 8) ve diğer boşlukların kapanmasıyla çözülecektir (Odabaşı ve Oyman, 2004: 156).

2.4.2.5. Taylor ve Cronin'e Göre

Sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı tarafından belirlenmektedir. Taylor, hizmet kalitesini şu şekilde formüle etmiştir (Taylor, 1994; Kavuncubaşı, 2000: 64):

Sağlık Hizmetinin Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı

Kalitenin teknik yönü, "teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını"; sanatsal yönü de,"verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını" içermektedir (John, 1991: 52; Kavuncubaşı, 2000: 270).

Taylor ve Cronin (1994), Parasuraman ve arkadaşlarının ulaştığı sonuçlara birkaç yönden eleştiri yöneltmişlerdir. Bu eleştirilerden birincisinde beklentiler - performans farkının hizmet kalitesinin ölçümünde temel olduğu şeklindeki savı destekleyecek çok az kanıt olduğunu öne sürmüşlerdir. SERVQUAL'in hizmet kalitesini ölçmede yeterli olmadığını ileri sürmüşler ve SERPERF'i geliştirmişlerdir. SERPERF, SERVQUAL gibi beş boyuttan değil tek boyuttan oluşmaktadır. Bu tek boyutta performanstır. Taylor ve Cronin 'e göre hizmet kalitesini ölçmek için hizmet performansını ölçmek yeterli olacaktır.

Bülbül ve Demirer (2008) yaptıkları çalışmayla iki modeli karşılaştırmışlardır. Çalışmalarında seçtikleri örneklem üzerinde Taylor ve Cronin tarafından iddia edildiği gibi SERPERF modelinin tek boyutlu olmadığı, aksine SERVQUAL modelinde olduğu gibi empati, güvence, güvenilirlik, fiziksel görünüm ve yanıt verebilirlik boyutlarına ayrıştığı ve bu boyutların da istatistiksel olarak

anlamlı olduğunu söylemişlerdir. Bulgularına hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL'in yanı sıra SERPERF'in de beş boyutlu bir model olarak kullanılmasının daha uygun olacağına değinmişlerdir. Ayrıca SERPERF modeline ait alt boyutların güvenilirlik düzeyleri, SERVQUAL modelinin alt boyutlarına göre daha yüksek hesaplanmıştır. SERPERF modelinin ölçmek istediği empati, güvence, güvenirlilik, fiziksel görünüm ve yanıt verebilirlik özelliklerinin yüksek olasılıkla daha doğru ölçüldüğünü belirtmişleridir.

Hizmet kalitesi modellerine yönelik yukarıda bahsedilenlerden başka bir çok çalışma bulunmaktadır. Kısaca bunlardan bazılarına şu şekilde değinebiliriz.

Efil (1999), para, pazar, bilgi, insan, yönetim ve malzeme olarak altı boyutta tanımlamıştır.

Johnston, banka müşterilerinin hizmet kalitesi beklentileri ve algılamaları üzerine çalışmalar yapmıştır. Johnston yaptığı bu çalışmalarda Servqual metoduna eleştiriler getirmiştir. Çalışmasında 18 faktörden söz etmiştir. Bu faktörlerin müşteri beklentileri ve hizmet kalitesi algılamalarını etkilediğini söylemiştir. Bunlar; ulaşım, görünüm, kibarlık, ustalık, incelik, esneklik, dostluk, ulaşılabilirlik, bulunabilirlik, ilgi, temizlik, konfor, taahhütleri yerine getirme, fonksiyonellik, güvenilirlik, doğruluk, yanıtlayabilinme ve emniyet'dir (Johnston, 1995).

Hizmet kalitesi, hizmet performansını bir tüketicinin, hizmetin üstünlük derecesi bakımından değerlendirmesidir. Sağlık hizmeti kalitesinin nasıl açıklanacağına dair iki yaklaşım vardır. Biri geleneksel tıbbi yaklaşım diğeri ise hizmet pazarlaması yaklaşımıdır. Geleneksel tıbbi yaklaşım, tıbbi hizmetlerin sonuçlarına hizmeti sunanların bakış açısından, hizmet pazarlaması yaklaşımı ise tıbbi bakım sürecine tüketicinin bakış açısından vurgu yapar (Choi ve ark, 2004: 914).

Sağlık hizmetlerinin çıktıları somut gibi görünse de, bunların ölçülmesi kolay değildir. Özellikle, hizmetin sunulması ile çıktının gerçekleşmesi arasında zaman farkı bulunduğundan, değerlendirmenin ne zaman yapılması gerektiği belirsizdir.

Hastalar, tam iyilik halinde bulunmadıklarından, tıbbi süreçlerin teknik yanlarını ve sonuçlarını tam olarak doğru değerlendiremezler (Choi ve ark, 2004: 914).

Sağlık hizmetinde, kaynakların daha iyi kullanımını amaçlayan kalite değerlendirme yaklaşımları, gün geçtikçe daha fazla ilgi görmektedir. Bu yaklaşımdan hareketle, hastanelerde verilen hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerin iki ana başlıkta toplandığı görülmüştür (Kuş, 2006). Bu yaklaşımlar:

- Standartlara dayalı yaklaşımlar; Kalitenin değerlendirilmesinde standart, net olarak tanımlanmış olup hastanenin kabul edilebilir performans seviyesini açıklayan ve konusunda yetkin kişi veya kişiler tarafından belirlenmiş olan beklenti olarak tanımlanabilir. Sağlık organizasyonları için standartların bir kısmı yeni bilgi ve teknolojinin kullanımıyla ulaşılan konsensustan (best practice) geliştirilirken, bir kısmı da sağlık kuruluşu için özel olarak geliştirilmektedir (örnek: hastaneye gelen acil hastalar için geliştirilmiş klinik politikalar ve girişimler veya klinik rehberler). Ruhsatlandırma, akreditasyon, sertifikasyon sağlıkta kalitenin değerlendirilmesinde kullanılan standartlara dayalı yaklaşımlardır ve her birinin kullanımında farklılıklar bulunmaktadır.
- Gösterge takibine dayalı yaklaşımlar; Hastanelerde standartlara dayalı yaklaşımlara getirilen eleştirilerin neticesinde, gösterge takibine dayalı yaklaşımlar, her geçen gün, kliniklerde sunulan hizmetin kalitesini ölçmede daha fazla ilgi görmektedir. Performans göstergeleri, sağlık bakımının kalitesini ve etkinliğini monitorize etmek, klinik hizmetlerini değerlendirebilmek ve daha da geliştirebilmek için önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Kullanılan standarda ne kadar uyulduğunu ya da kalite amaçlarına ulaşılıp ulaşılmadığını değerlendirmek için de kullanılabilirler. Göstergeler sıklıkla kuruluşun genel kalitesi hakkında bilgi veren önemli altyapı, süreç ve çıktılara odaklanırlar. Bu nedenle gösterge izlenimine dayalı yaklaşımın standartlara dayalı yaklaşımlarla birlikte kullanılması daha anlamlı olmaktadır. Hizmet ve hasta bakım kalitesini ölçmede sıklıkla

kullanılan göstergeler arasında, mortalite oranı, hastane enfeksiyonu oranı, en sık rastlanan tanılar için hastanede yatış süresi, normal doğum/sezeryan ile doğum oranı, hasta ve çalışan memnuniyet ölçümleri kullanılmaktadır.

Göstergeler genellikle oran ya da % olarak ifade edilmektedir. Bu sayede zaman içindeki trendin izlenebilmesinin yanında, benzer tipteki kuruluşlarla performansın karşılaştırılabilmesi de mümkün olmaktadır. Göstergelerin yorumlanması ile ilgili olarak değişik yaklaşımlar bulunmaktadır. Örneğin, İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) klinik etkinlik göstergelerini bölgesel sağlık otoritelerinin başarısını değerlendirmede ilk aşama olarak tanımlanmakta ve tüm NHS hastanelerinin performansı internette karşılaştırmalı olarak yayınlanmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ

Hasta kavramı ile ilgili yapılan araştırmalar, sağlık kurumlarından hizmet satın alan bireyleri ve geniş manada sağlık hizmetlerinin tüketicilerini kapsadığından, "müşteri" ve "sağlık hizmetlerinin tüketicileri" kavramlarının tanımlanması gerekir. Araştırmamızda memnuniyet ve tatmin kelimeleri aynı anlamda kullanılmıştır.

3.1. MÜŞTERİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

İşletmelerin kuruluş amaçları farklı olsa bile hizmet verdikleri kişileri müşteri, tüketici ve hasta gibi farklı kavramlarla tanımlanmaktadırlar.

Eryılmaz'a göre ise kamu hizmetlerinden yararlananlara "halk", "kamu" ya da "toplum"; özel mal ve hizmetleri satın alanlara ise "müşteri" denir (Eryılmaz, 1999: 35).

Tüketici memnuniyeti, tüketiciye odaklanma disiplini ve piyasa yönlendirimi için oldukça önemlidir. Bu disiplin altında çalışan firmaların performanslarının, diğerlerinin ötesine geçtiği ispatlanmış bulunmaktadır. Memnuniyet, bir kavram olarak, bir tüketicinin, spesifik bir tüketim deneyimiyle ilgili olarak edindiği duygulardır. Bu tanım, memnuniyetin sunulan hizmetin çıktıları ve tüketicinin deneyim sahibi olduğu şeyin mental değerlendirmesinin bir sonucu olduğu anlamına gelir (Choi ve ark., 2005: 140-142).

Müşteri memnuniyetini sağlamak, sadık müşteriler kazanmak ve bunların sürekliliğini sağlamak çok zor bir süreç gibi görünmektedir. Araştırmalar yapmak, bunların sonuçlarını değerlendirmek, iletişim kanalları açmak, mevcut kanalları geliştirmek, müşteriyi dinlemek vs... Gerçekten de memnun müşteri kitlesine sahip olmak için çok çalışmak ve sürekli çalışmak gerekmektedir. Müşterilerle düzenli olarak temas kurmak, memnun olup olmadıklarını sürekli takip etmek, müşterileri

tanımak, müşterilere teşekkür etmek, müşterilerin şikâyetlerine karşı duyarlı olmak yöneticilerin ve çalışanların müşterileri memnun etmek için izleyebileceği yollardandır (Törtop, 2010).

Müşteri memnuniyetini önleyen ve müşteri memnuniyetine katkıda bulunan etmenleri aşağıdaki tablo 3.1.'de görüldüğü gibi özetle sıralarsak;

Tablo 3.1. Müşteri Tatminsizliğini Önleyen ve Tatmine Katkıda Bulunan Etmenler

MÜŞTERİ MEMNUNİYETSİZLİĞİNİ ÖNLEYEN ETMENLER	MÜŞTERİ MEMNUNİYETİNE KATKIDA BULUNAN ETMENLER
Güvenilirlik İnanılırlık Dürüstlük	Arzulu olmak Hızlı hizmet vermek Acil cevap vermek Birey bazında dikkatli olmak Hızlı çözüme ulaşmak
Güvenilirliğe layık olmak Faydalı olmak Kuruluşun ihtiyaç duyulan yerde olması Gereken yeteneklere sahip olmak	Kibar olmak Müşterilere değer vermek Saygılı olmak
Ulaşılabilir olmak Hızlı ve kolay bağlantı kurabilmek Uygun yer, telefon vs. imkanları sunabilmek	Empati yapabilmek Kendini müşterinin yerine koyup onu anlamak, ona zaman ayırmak ve sorunu beraber çözmek Fazladan hizmet sağlayabilmek
İşi zamanında yapmak	Kalitede mükemmeli sunabilmek
Son teslim tarihine uymak	Kalitede sürekliliği benimsemek Teknik açıdan güzel hizmet vermek.
Doğru ve özenli olmak	Eğitilmiş ve bilgili personele sahip olmak

Kaynak: Earl Nauman, Donald W. Jackson, (1999), "One More Time:How Do You Satisfy Customers?", Business Horizons, Vol, 42(3), May-June, s, 72

Müşteri memnuniyetsizliği nedeni ile müşteri kaybına yol açan nedenleri altı kategori altında toplamak mümkündür. Bunlar (DeSouza, 1992: 24-28) ;

- Fiyatın yol açtığı müşteri kayıpları: Daha düşük fiyat veren rakiplere kaptırılan müşteriler,
- Ürünün yol açtığı müşteri kayıpları: Daha üstün ürün sunan rakiplere giden müşteriler,
- Hizmetin yol açtığı müşteri kayıpları: Daha üstün hizmet veren firmalara kaptırılan müşteriler,
- Teknolojinin yol açtığı müşteri kayıpları: Sektör dışından farklı teknoloji ile üretilen ürünleri tercih eden müşterilerin yol açtığı kayıplar,
- Organizasyonun yol açtığı müşteri kayıpları: İzlenen iç ve dış organizasyon politikaları yüzünden kaybedilen müşteriler.

Sağlık hizmetleri açısından müşteri kavramı incelendiğinde ise, önceleri hiç kullanılmayan müşteri sözcüğünün 1980'li yılların ortalarından beri yoğun şekilde kullanıldığı bildirilmektedir (Esatoğlu, 1997: 20).

Sağlık hizmetlerinde müşteri denildiğinde, bu sözcükle ilk zamanlarda yalnızca "hastalar akla gelirdi (Engiz, 1999: 411; Kartaloğlu ve ark. 2001:225). Artık sağlık üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar müşteri olarak kabul edilmektedirler (Engiz, 1999: 411). Literatür incelendiğinde, örgütü oluşturan içerideki müşterilere "iç müşteriler", örgütün dışındaki, hizmetten yararlanan müşteriler ise "dış müşteriler" olarak adlandırılmaktadır. Dış Müşteriler; hastalar, hastanın ailesi ve çevresi, refakatçiler, ziyaretçiler, resmi daireler ve yerel örgütler, dış yardımcı sağlık mensupları- klinikler, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya kuruluş ve mensupları, sağlık sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, iç müşteriler ise; örgüt çalışanları, danışmanlar ve şirket ortakları olarak açıklanabilir (Omachonu, 1990: 45-46; Esatoğlu, 1997: 20-21).

Müşteri, tüketici ve hasta kavramları sağlık hizmetlerinde birbiri yerine kullanılmaya başlansa bile sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı aynı anlamda kullanılamayacağı düşünülmektedir. Çünkü yardım talebinde bulunan kişi (hasta) tüketicilere nazaran daha pasif ve bağımlıdır (Thomas, 2003: 38).

Deber ve arkadaşları 606 hasta üzerinde yapmış oldukları araştırmada, "hasta", "müşteri", "tüketici", "partner" kavramlarının kendileri için ne ifade ettiği ve ne çağrıştırdığı ile ilgili araştırma yapmışlar ve hastalara bu kavramlarından hangisinin kendileri için kullanılmasının daha çok istediklerini sorduklarında hastaların büyük çoğunluğu kendilerine "hasta" olarak hitap edilmesini tercih ettiklerini söylemişlerdir. Genellikle akıl hastaları kendilerine hasta olarak hitap edilmesini istememişlerdir. "Hasta" İngilizce'de "patient", "sabır gösteren, sabır sahibi olan kişi", çağrıştırmaktadır. "Client" (müşteri), Latince bir kökden gelmektedir ve "bağımlı olma" ve "başkasının yardımı altındaki kişi anlamındadır. "Customer" (müşteri), "hizmet veya malı alan kişi" anlamına gelmektedir. "Consumer" (tüketici), "tüketen" olarak tanımlanmaktadır. "Partner" kelimesi ise "partener" "parcener" kelimesinin farklılaşmış şeklidir ve "paylaşan, başkası ile aynı olayda paydaşlık yapan kişi " anlamındadır (Deber ve ark., 2005: 345-351).

Sağlık hizmetlerinde hastaların bir tüketici veya müşteri olarak görülmeye başlanmasının yakın zamanlara özgü bir davranış değişikliği olduğu, sağlık kurumlarının kendi istedikleri hizmetleri müşterilere sunmak ve onların bu hizmetleri kullanmalarının beklenmesi yerine, hedef kitlenin gereksinmelerine bilimsel olarak değerlendirmek ve onları tatmin edecek hizmetleri sunmak zorunda kaldıkları ileri sürülebilir (Esatoğlu, 1997: 22).

Hasta; bedenen, ruhen ya da sosyal yönden iyiliğini yitirmiş ve buna bağlı olarak bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan ya da daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür (Engiz, 1999: 412).

3.2. HASTA MEMNUNİYETİ

ABD'de Ulusal Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir araştırma, sağlık çalışmalarının hasta memnuniyetinin ölçülmesinin bir gereklilik ve gösterge olduğunu savunmaktadır. Hastaların tedaviye devamlılıkları, sağlık hizmetini sunan

kurum yada kişiyi tekrar isteyip istemediklerinin bir göstergesidir. Hastadan geri bildirim yoluyla elde edilen bilgilerin sağlık bakımını verme ve düzenlemede diğer yöntemler arasından seçim yapmada yönlendirici olduğudur. (Konsültasyon süresi, bakımın saatlerinin ayarlanabilmesi vb.) (Fitzpatrick, 1991: 887-889).

Geleneksel olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmeti verenlerin bakış açısı tarafından tanımlanmasının nedeni, sağlık hizmeti konusunda hastaların bilgi/yetenek ve kapasite yokluğu olarak gösterilmektedir. Örneğin, hekimlerin saygınlığının, işlerindeki başarısına ve hizmetin kalitesine dayanmakta olduğu ve hizmetin kalitesinin ölçülmesinin ise hastaların fikirleriyle değil, diğer hekimlerin kararlarıyla olması gerektiği vurgulanmaktadır (Taylor ve Cronin, 1994: 40). Sağlık hizmetlerinde artan rekabetçi sağlık pazarı, son zamanlarda, hasta algılamaları üzerine daha fazla eğilmeyi gerekli kılmaya başlamıştır. Sağlık hizmeti sunanlar, giderek karmaşıklaşan hasta istek ve beklentileri ile yüzleşerek onların istek ve beklentilerine daha fazla yoğunlaşmaya başlamışlardır. Böylece hasta, müşteri olarak ele alınmaya başlanmıştır (Taylor ve Cronin, 1994: 40). Hastanın müşteri olarak ele alınmasından sonra, hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin önemi daha fazla vurgulanır hale gelmiştir. Esasen sağlık alanında kaliteli hizmetin önemli bir göstergesi bu hizmeti alanların memuniyet düzeyleridir. Taylor ve Cronin, sağlık hizmetlerinin çok kapsamlı olması ve genellikle sağlık hizmeti alanların bu konuda uzman olmaması nedeni ile müşterilerin diğer hizmet alımlarında gösterdikleri davranıştan çok daha farklı davranışlar ortaya koyacağını belirtmektedirler (Taylor ve Cronin, 1994: 42).

Sağlık hizmetleri endüstrisi, sektördeki gelişmeler ve artan rekabetten kaynaklanan bir çevrede varlığını sürdürebilmek için, hizmet dağıtım sistemini yeniden yapılandırmıştır. Bu yapılanma, hastaların ihtiyaç ve arzularının tatmini için etkin yollar bulmaya odaklanmıştır. Sağlık hizmetleri yaklaşımı hasta merkezlidir ve sağlık hizmetleri kültürünü tıp profesyonellerinin tercih ve kararlarından, hizmet kullanıcılarının bakış açısı ve ihtiyaçlarına kaydırmaktadır (Choi ve ark., 2005: 140).

Hasta memnuniyetini etkileyen çeşitli faktörleri anlamak için araştırmacılar, hastaların sağlık hizmeti kalitesini değerlendirirken dikkate aldıkları doktor, hemşire ve diğer personelin ilgisi ve fiziksel şartlar gibi çeşitli sağlık hizmeti kalite boyutlarını ortaya koymuşlardır. Son zamanlarda yapılan birçok çalışma göstermiştir ki, bu boyutların çoğu, hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan müşteri tatmini, "müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi" olarak tanımlanabilir. Tanımdan da anlaşılabileceği gibi müşteri tatminini belirleyen iki faktör bulunmaktadır. Müşteri tatminini belirleyen ilk faktör, müşteri beklentileridir. Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. Müşteri tatminini belirleyen ikinci faktör, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, müşterinin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 293).

John (1992), hasta memnuniyetini, hasta beklentilerinin onaylanması veya onaylanmamasının bir fonksiyonu olarak formüle etmiş ve tutumu, beklentilerin bir fonksiyonu olarak belirtmiştir (Taylor ve Cronin, 1994: 34-35). Buna göre hastanın önceden herhangi bir deneyimi var ise kendi deneyimlerinden, yok ise arkadaş çevresinden, iş çevresinden ve bu konuda diğer deneyim sahibi kişilerin referanslarına başvurarak birtakım beklentiler oluşturacak ve başlangıçtaki bu beklentiler hastanın algılamalarını etkileyecektir. Ancak Taylor ve Cronin, müşteri beklentilerinin sağlık hizmetleri alımında, müşterinin kısa dönemli yargılamalarından etkilenmeyeceğini de öne sürmüşlerdir (Taylor ve Cronin, 1994: 40-43).

Hasta memnuniyeti; hastanın biyolojik ve fiziksel sonuçlarının ölçülmesi kadar onun, tüm yaşam kalitesi, genel sağlık algılamaları, fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonları gibi çeşitli ölçümleri kapsamakta ve hastanın tedavi ve bakım beklentileri, hasta için memnuniyet standardı oluşturmaktadır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003: 28-30).

Hastaların almış oldukları sağlık hizmetini değerlendirmeleri hasta memnuniyet araştırmaları ile yapılmaktadır. Powers ve Bendall-Lyon'a göre hastaların sağlık hizmetlerini değerlendirmesi genellikle aşağıdaki kriterlere bağlı olarak yapılmaktadır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003: 28-30):

- Sağlık hizmetinin verildiği fiziksel çevre ve fiziksel olanaklar,
- Sağlık hizmetini aldıkları personel ile ilişkiler ve hizmetin performansı,
- Sağlık hizmeti sürecinin veya ilişkilerin sonuçları üzerinde olmaktadır.

Buna göre hasta memnuniyetinde gözle görülür unsurlar; hizmetin sunulduğu yerdeki fiziksel çevre ve fiziksel olanaklarının yanı sıra, ödeme prosedürleri, yiyecekler, otopark durumu, hastanın dinlenme mekanı, odaların konforu, genel temizlik durumu, uygun yerleşim, dekor, modern ekipmanlar ve diğer hoşluklardır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003: 28-30).

Bendapudi ve arkadaşlarına göre ise hastalar genellikle almış oldukları sağlık hizmetini üç tip ipucu üzerinden değerlendirmektedirler. Bunlar (Bendapudi ve ark., 2006: 341);

- İşlevsel ipuçları: Sunulan hizmetin teknik kalitesi ile ilgilidir. Hizmetin teknik kalitesi, eksiklikleri ve fazlalıkları ile hatırlanan her özellik işlevsel bir ipucudur. Örneğin hasta için kaybolmuş bir laboratuar sonuç raporu olumsuz yönde bir işlevsel ipucudur. Ancak hastanın alerji durumunu kontrol edip ilaç yazmak olumlu yönde bir işlevsel ipucudur.
- Mekanik ipuçları: Hizmet alımında elle tutulamayan şeyleri ifade etmektedir. Görüntü, koku, ses ve tat gibi şeyleri içermektedir. Verilen tıbbi hizmetin

rahatlık, düzenlilik, temizlik, modernlik ve gürültü durumu gibi özellikleri mekanik ipuçlarıdır.

- İnsani ipuçları: Hizmet verenlerin davranış ve görüntüsünden, ses tonundan, hizmet vermeye isteklilik halinden, kullandığı kelimelerden, beden dilinden, hatta üzerine giydiği kıyafetten elde edilen ipuçlarıdır.

İşlevsel, mekanik ve insani ipuçlarının her biri karşılıklı olarak etkileşim durumundadırlar. İşlevsel ipuçları, hizmetin güvenilirliği ve yetkinliğine ilişkin mesajlar taşır ve deneyimin "ne" olduğuna ilişkin değerlendirmeler yapar. Mekanik ve insani ipuçları "nasıl" sorusunun cevabına karşılık gelir ve bir kurumun hizmet sunma ve bu hizmetten fayda sağlayabilme konularındaki ipuçlarını vermektedir.

Hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan ana kriterlerden biri olan hasta tatminini sağlamak bir sağlık kurumunun başarılı olabilmesi için temel koşuldur. Sağlık kurumuna başvurmalarından itibaren hastalara; doğru, bilimsel ve profesyonel bir bakım sağlanması, gereksinimlerinin anlaşılması ve saygı gösterilmesi, empatik iletişim kurulması, dürüstçe ve kapsamlı bilgilendirilmeleri, zamanında ve içten yardım edilmesi, fiziksel ve mental konfor sağlanması, medikal zararlardan korunmaları ve iyi bakıldıklarının hisettirilmesi hastaların tatmin edilebilmeleri için temel ilkelerdir (Ağırbaş, 2002).

Hasta tatmininde esas amaç; hasta sadakatini sağlamak olmalıdır. Bu amaca ulaşmak için hasta sağlık kurumuna ilk adımını attığı anda başlayarak kurumdan ayrılana kadar sağlık kurumu içinde, kurumdan ayrıldıktan sonra evinde takip edilmeli ve hastalığı tamamen iyileştikten sonra kurumun genel iletişimi çerçevesinde ilişki sürdürülmelidir (Ağırbaş, 2002).

Hastanelerde ve diğer sağlık bakım örgütlerinde, hizmet kalitesini hastaların ve hizmet sağlayıcıların iletişim halinde değerlendirmeleri yönetimin sonraki uygulamalar için karar almasını, güçlü ve zayıf yönlerini görmesini sağlayacaktır (John, 1991: 51).

Ancak hizmet kalitesi, uzun dönemli bir tutumu işaret ederken, hasta memnuniyeti spesifik iş ölçümlerini ve hasta yargılarını da kapsayan kısa dönemli bir tutumu ifade etmektedir (Taylor ve Cronin, 1994: 36).

3.3. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve en hassas konudur. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, her zaman yakalanamayan bir uyum olma zorunluluğudur. Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin de olması, salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Günümüzde sağlık kuruluşları, hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır (Kısa ve ark., 2001: 421-422).

Hastaları memnun etmek, onların istek ve beklentilerini karşılamak için yöneticinin, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemesi gereklidir. Böylece yöneticiler, hasta memnuniyetini yükseltmek için neler yapılması gerektiğini belirleyebilirler. Çok boyutlu bir kavram olan hasta memnuniyetinin hangi faktörlerin etkilediği konusunda tam bir görüş birliğinin bulunmadığı gözlenmektedir.

Foletti ve arkadaşları, Avusturalyalı hastalarla yaptıkları çalışmalarında, beklentilerle sonuçları karşılaştırarak, iletişim, bakım ve güven, profesyonel tutumlar ve davranışlar, hastanın çalışanlara ve doktora güveni ve doktorun teknik yeteneğini içine alan altı memnuniyet boyutu belirlemişlerdir (Lewis, 1994: 656).

Greenfiend ve Attkisson da, birincisi "çalışanların davranış ve becerileri" ve ikincisi "hastaların algıladığı bakım sonucu" olmak üzere birbiriyle ilişkili iki hasta memnuniyeti belirtmektedirler. Birincisi, çalışanların davranışları, bilgi ve yeteneği, genel memnuniyet, dinlenme ve anlama kabiliyeti, doğruluk ve gerçeklerin güven

verici bir şekilde saklanması olmak üzere altı temel başlıkta toplanmaktadır. Diğeri ise, hastalık belirtilerinin iyileşmesini sağlamak ve iyi bakımın sürekliliği ya da hastalığı önleme olarak ifade edilmektedir (Lewis, 1994: 656).

Hasta tatmini, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirir. Dolayısıyla tatmin edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık, net ve kararlı davranışlar içinde olabilir. Bu durum sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek negatif etkiyi ortadan kaldırabilir veya minimize edebilir (Demir ve ark., 1999: 5).

Memnuniyete ya da memnuniyetsizliğe etki eden faktörleri hastaya ilişkin, hizmet verenlere ilişkin ve çevresel ya da kurumsal faktörler olarak 3 ana faktör altında gruplandırılmaktadır.

3.3.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Yılmaz, 2001: 72; Sun ve ark, 2001: 530-531). Ancak Cheng ve arkadaşlarının (2003) Tayvan' da yapmış oldukları araştırmada, hasta beklentilerinin karşılanması, fiziksel ve ruhsal iyiliklerinin sağlanması memnuniyetlerinin artmasında öncelikli etmen olduğunu belirtmişlerdir.

Apay ve Arslan tarafından 2009 yılında bir üniversite hastanesinde yatan hastalara yönelik yapılan bir araştırmada, araştırma kapsamına alınan hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, yaşanılan yer gibi sosyodemografik özelliklerinin, hasta memnuniyet düzeyleri üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

3.3.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir. Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak, kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir. Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir (Yılmaz, 2001: 73).

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde hasta memnuniyetini etkileyen pek çok faktörün yanı sıra, bu hizmetleri sunan personelin, hizmeti alanların haklarına ve bu hakların doğrultusunda gelişen beklentilere uygun davranmaları, en önde gelen ve giderek daha çok önem kazanan bir konudur. Dolayısıyla, haklarına uygun davranılan hastaların beklentileri de gerçekleşmiş olmakta, bu durum onların, sunulan hizmetten ve kurumdan memnuniyetini artırmaktadır (Zebiene ve ark., 2004; Teke ve ark., 2007: 204).

Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür. Hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetinde önemli olmasının nedenleri arasında; sağlık personeli içinde hemşire sayısının çok olması, hemşirelerin hastaların gereksinimlerini karşılamak için sürekli yanlarında bulunması

ve bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından olmasıdır (Yılmaz, 2001: 73).

3.3.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Hastanenin ulaşabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Yılmaz, 2001: 74).

3.4. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ

Peyrot, Cooper ve Schnapf tarafından yapılan bir araştırma da hasta tatmini ve hizmet sunucularını başkalarına tavsiye etme isteği, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarıyla ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar, sağlık işletmesinin hizmetleriyle ilgili tıbbi olmayan açılardan yapacakları değişikliklerle, pazarlama faaliyetinin sonucunu arttırıp arttıramayacaklarını araştırmışlar ve araştırmalarının sonucunda sağlık işletmesinde tıbbi bakımın teknik kalitesi ve ücreti dışındaki özelliklerin (örneğin rahatlık, bilgilendirilme, kişiler arası sıcaklık gibi) iyileştirilmesiyle, hasta tatmininin ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye etme isteğinin arttırılabileceğini tespit etmişlerdir (Devebakan, 2006: 128).

Tüketici memnuniyeti, sağlık hizmetleri sağlayıcıları için temel bir gerekliliktir. Memnuniyet, hastaların kendileri veya kurumsal alıcılar karar verme konumunda olduklarından önemlidir. Üstelik, hasta tutumu ve müşteri sadakatine olan pozitif etkisinin yanı sıra hasta memnuniyeti, doktor tavsiyeleri ile ilgili hasta şikayet oranlarını da etkilemektedir (Choi ve ark.., 2005:140).

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Leebov ve Scott sağlık kurumlarında hasta tatmininin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler. Bunlar; insancıl nedenler, ekonomik nedenler, pazarlama ve etkililiktir (Kavuncubaşı, 2000: 294).

1. İnsancıl Nedenler: Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli hizmeti alma hakkı gelmektedir. Ağrılı, endişeli, gerilimli biçimde sağlık kurumuna gelen hastaların, en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakları bulunmaktadır. (Kavuncubaşı, 2000:295).

2. Ekonomik Nedenler: Hastalar hizmetin alıcısı konumundadırlar. Hastalar içinde bulundukları koşullardan ötürü, sunulan hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. (Kavuncubaşı, 2000: 296).

3. Pazarlama Nedeni: Sağlık kuruluşları, müşteri potansiyelini arttırmak ve pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 296).

4. Etkililik Nedeni: Tatmin edilen hastalar tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergileyerek, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyarlar (Kavuncubaşı, 2000: 297).

3.5. HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Hasta memnuniyeti ölçüm yöntemlerine geçilmeden önce memnuniyet araştırmalarında kullanımı sınırlayan özellikler üzerinde durulacaktır.

Bu özellikler hasta memnuniyeti araştırmalarında üzerinde durulan, veri toplanan deneklerin özellikleri, veri toplama süreci, araştırma yöntemi ve sonuçlarının güvenilirliliği gibi konuların temelini oluşturmaktadır. Akın'ın literatür taraması sonucu belirttiği özellikler şu şekilde sıralanabilir (Akın, 2004: 44-45):

- Hastaların, tıbbi personelin becerisini tam olarak değerlendirme konusunda bilgisinin yetersiz oluşu en önemli faktörlerden birisidir. Ayrıca, hastaların bedensel ve duygusal yapılarının, bu konudaki yargılarını olumlu ya da olumsuz yönde kolaylıkla etkileyebileceği unutulmamalıdır.
- Hastaların, sağlık bakım hizmetini değerlendirebilmek ve izleyebilmek için gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları; ve hastalardan büyük bir çoğunluğunun da, hizmet sunanların sorumlulukları konusunda bilgilerinin olmadığı iddia edilmektedir. Hastaların, hizmet sürecinin aşamalarını doğru ve tam olarak anımsayamadıkları unutulmamalıdır.
- Hastaların, sağlık hizmeti sunan kuruluşların kişilerarası ilişkiler gibi tıbbi olmayan faktörlerden etkilenmesi, memnuniyet sonuçlarını etkiler. Ayrıca, tıbbi olmayan diğer hizmetlerin, teknik kaliteyi gölgelemesi de söz konusudur.
- Hastaların, hekimlerle olan ilişkilerinde algıları ve değerlendirmeleri yanında, hekime bağımlı olma hisleri nedeni ile gerçek düşüncelerini ifade etmekte isteksiz olmaları gerçek memnuniyet durumunu yansıtmayabilir.

Tüm bu özelliklere rağmen hasta memnuniyet ölçümlerinin hizmet kalitesini belirleme de önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumlar kendi bünyelerinde ekip oluşturmalı ve kendi koşullarına uygun araştırmalar planlayarak; bu araştırmaları belirli aralıklarla, düzenli olarak yapmalıdırlar ve bunların sonuçlarına göre gerekli düzenleme yapmalıdırlar (Taşdemir ve Hayran, 2001: 469).

Hastaneler açısından hasta tatminin ölçülmesi, personelin performansının değerlendirilmesinde ve yeni eğitim programları planlanmasına yol açacaktır. Ayrıca hastane yöneticileri hastalardan gelen bu geri bildirimler ile yeni politika ve stratejiler üretebileceklerdir (Kartaloğlu ve ark. 2001: 226).

Hasta memnuniyeti, sağlık yöneticileri için bir kalite geliştirme aracı olarak önemli bir konudur. Artan rekabet düzeyi ortamında, hasta memnuniyeti sağlık

planlarının sağlık hizmeti performansını denetlemede önemli bir ölçüt haline gelmiştir (Cheng ve ark., 2003: 345).

Hizmet kalitesini yükseltmek için hasta memnuniyet ölçümlerinin üç şekilde yapılabileceği belirtilmiştir (Leebov ve Scott, 1994, s:89; akt; Esatoğlu, 1997, s:70):

- Tümü ile kapsamlı olarak müşteri memnuniyetinin ölçülmesi: Örgüt, herhangi bir sağlık hizmetleri alanında verilmiş olan hizmetin, hastalar açısından nasıl algılandığını hizmetin tüm boyutları ile ölçmek istemektedir.
- Hizmetin önemli bölümlerinin müşteri gözü ile değerlendirilmesi için yapılan ölçümler: Örgütün özellikle üzerinde durduğu hizmet ünitelerinde yapılan araştırmalardır. Örneğin, hastalara sadece diyet hizmetleri konusundaki değerlendirmelerinin sorulduğu bir araştırma, bu şekilde bir ölçümü kapsamaktadır.
- Hizmet sürecindeki belirlenmiş temel elementlerin performanslarının ölçülmesi: Örgütün temel müşteri grupları üzerinde (hastalar, ziyaretçiler, hekimler, çalışanlar ve hizmet satın alan kurumlar) uyguladığı, süreç ve çıktı üzerinde yoğunlaştığı araştırmalar oluşturmaktadır. Temel elementlerin performanslarının ölçülmesi, hizmet dağıtım sisteminde hizmet kalitesini ve müşterilerin bu kaliteyi değerlendirebilmesi için anahtar görevi yapabilecek temel kriterlerin bulunması için yapılmaktadır. Bulunan kriterlerde, performansın ilişkilendirilerek kontrol ve yükseltmelerin yapılması amaçlanmaktadır. Bu tip ölçümler, örgütlerin özelliklerine göre tasarlanan daha özel ölçümlerdir.

Sonuç olarak, sağlık sistemi içinde tıbbi bakım ve tedavi sürecinde kalitenin iki boyutu bulunmaktadır. Biri teknik standartlar, diğeri ise hasta ve yakınlarının bakış açısından hizmet kalitesidir. Hasta deneyimlerinin anlaşılması ve buna göre düzenlemenin yapılması da sadece hastalara sorularak yapılabilir. Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında sürekli kalite geliştirmenin ve hizmeti alanların algısını belirleyebilmenin temel unsurlarından birisidir ve hastanın beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğinin sorgulanması sonucu belirlenen

görüşleri ifade etmektedir. Bu olgu, sağlık hizmetleri kalitesinin önemli bir göstergesi olarak da kabul edilmektedir (Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, 2009: 77).

Hasta memnuniyeti araştırmalarında bir çok farklı yöntem kullanılmaktadır (Crow ve ark., 2002: 21). Memnuniyet araştırmaları, kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki yönteme ayrılmaktadır (Ford ve ark., 1997; Kavuncubaşı, 2000: 303). Kuruluşun stratejik hedefleri ve bu hedeflere ulaşmanın maliyeti arasında bir denge oluşturacak şekilde bu yöntem veya yöntemler seçilmelidir (Ford ve ark., 1997). Örgütlerin hedef farklılıkları, farklı araştırma metodolojilerini gerektirmektedir. Araştırmacıların, kalitatif metod ile hizmetin niteliğinin nasıl olduğunu ve hizmetin görünüşünü keşfetmeye çalışırken, kantitatif metod ile de, hastanın ne kadar ve ne oranda memnun olduğunu araştırdıkları belirtilmektedir. Araştırma yapılacak alanda, kantitatif verilerin açık olmadığı durumlarda, araştırmada öncelikle kalitatif verilere ihtiyaç olduğu ve bunların toplanmasına olanak sağlayacak bir araştırmaya öncelik verilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Toplanan bilgilerden yola çıkılarak oluşturulan bir kantitatif anket çalışmasının, örgütün amacına daha iyi ulaştıracağı belirtilmektedir (Lewis, 1994: 657; Akın, 2004: 47).

3.5.1 Hasta Memnuniyeti Konusunda Yapılan Kalitatif (Nitel) Araştırmalar

Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları, "bay müşteri" teknikleri kalitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme (veri toplama) tekniklerdendir (Kavuncubaşı, 2000: 303). Odak Grup Görüşmeleri, hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumundan elde ettikleri duygularını, deneyimlerini ve tutumlarını öğrenmek amacıyla kullanılır. Bir moderatör yönetiminde ve moderatörün belirlediği konu etrafında 6-10 kişinin katıldığı birkaç saat süren bir çalışma olarak adlandırılmıştır. Sağlık kurumları yöneticileri için yeniden yapılanmaya gitmeleri için yaratıcı fikirler bu gruplarda üretilebilmektedir. Hastaların birbirinden etkilenmesi odak grup yönteminin sakıncalarındandır (Ford ve ark., 1997).

3.5.2 Hasta Memnuniyeti Konusunda Yapılan Kantitatif (Nicel) Araştırmalar

Yüzyüze yapılan (evde ve hastanede) anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise kantitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme (veri toplama) tekniklerdendir (Kavuncubaşı, 2000: 303).

- Telefon araştırmaları, sağlık kurumlarının en çok kullandığı araştırma yöntemleri arasında yer almaktadır (Ford ve ark., 1997). Telefon görüşmeleri, hızlı ve kolay uygulanan bir araştırma tekniği olmakla birlikte, bazı potansiyel araştırma riskleri de taşımaktadır. Telefon araştırmalarına ilişkin tipik hatalar, görüşmenin zamanlaması, süresi veya görüşmecilerle ilgili hatalardır. Genellikle telefon görüşmelerinin 15 dakikayı geçmemesi önerilir. (Ford ve ark., 1997; Kavuncubaşı, 2000: 303-304).
- Anket, hasta tatmini araştırmalarında en sık kullanılan tekniktir. Anket tekniğinin en önemli yararı, kolay uygulanabilmesi, düşük maliyetli olması, geçerlilik ve güvenilirliliğinin kolay ölçülmesi ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olmasıdır. Anket yöntemi, kalitatif araştırmalara göre daha az eğitimli personel gerektirmektedir. Yöntemin başarılı olabilmesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenli olması gerekir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların, ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyidir. Güvenirlilik ise, anketin aynı gruba aynı koşullarda birkaç uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır (Kavuncubaşı, 2000: 303).

3.6. ULUSAL YAPILANMADA HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN İLİŞKİSİ

Yapılan birçok araştırmada, hizmet kalitesi, algılanan kalite, hasta memnuniyeti, hizmet iyileştirme ve uygulamalarının hizmet işletmeleri için önemli olduğunu vurgulanmaktadır (Donabedian, 1996; Otani, 2004; Varinli ve Çakır, 2004).

Aktan ve Toraman' a göre toplumsal gereksinimlerin değişmesi örgütün ürettiği hizmet ya da niteliğinin, ya da tümüyle kendisinin değişmesini gerektirebilir. Günümüzde her alanda görülen bu hızlı değişim, sağlık işletmelerini de etkilemektedir. İşletmelerin ayakta kalabilmeleri ve rekabet avantajını yakalamalarında etkili unsurların başında ise üretilen hizmetin kalitesi gelmektedir (Aslantekin ve ark., 2007: 55).

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve buna karşın kaynakların azalması ülkelerin bu artan talebi etkili bir şekilde karşılamak üzere sistemlerini geliştirmeye yönlendirmektedir. Herkesin ulaşılabilir en iyi sağlık seviyesine sahip olma hakkı vardır. Bu da mevcut ekonomik kaynaklar elverdiği ölçüde hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesini gerektirmektedir (Bal ve ark. 2002: 384).

Sağlık hizmeti veren tüm kuruluşların belli bir kalite standardında hizmet verdiklerinin belirlenmesi, tüm toplumun yararına olacak bir uygulamadır. Bu tip bir uygulama ancak ulusal bir strateji ve programla sağlanabilir. Bu konuda hazırlanacak programlarda aşağıdaki ana konuların yer alması gereklidir (Akalın, 2002: 36):

a. Sağlık kurumlarının tümü tarafından izlenmesi ve kamuya rapor edilmesi gerekli standart temel kalite ölçüm setlerinin hazırlanması,
b. Kalite ölçüm ve raporlama alt yapısının hazırlanması,
c. Verilen hizmetin kalitesinin, iyileştirici programlarla desteklenmesi,
d. Kalite ölçümü ve raporlanması konusunda araştırma ve geliştirme yapılmasını destekleyen bir ortamın hazırlanması,
e. Kıyaslamalarda kullanılacak, raporlanan kalite ölçüm bilgilerinin doğru, ayrıntılı, tekrarlanabilen bir sistem ile geliştirilmiş ve topluma açık olmasının sağlanması.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Kaliteli sağlık hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır (Aslantekin ve ark., 2007: 55).

Yükselen maliyetler ve artan beklentilerin; sağlıklı toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasını tehdit eden değişim baskılarını oluşturmuş ve sonunda her ülke kendi kaynakları ve öncelikleri doğrultusunda sağlıkta değişim ihtiyacı duymaya başlamıştır. Ülkemiz gibi, her ülke, değişen şartlara uyum gösterebilmek ve vatandaşlarına imkânları oranında en iyiyi sağlayabilmek için, sağlığa ayırdığı kaynaklar ne olursa olsun maliyet etkili ve hakkaniyetli yeni bir sağlık sistemi kurmaya yönelik olarak, sağlık sistemlerini gözden geçirmektedir (Özsarı, 2002: 25).

Ülkemizde "Sağlık Reformu", 1980'li yılların ikinci yarısında SAĞ KUR ile başlayan Sağlık Reformu" Süreci'nin ana çerçevesi, 1980'li yılların sonunda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması ile tespit edilmiştir. Master Plan Etüdü, sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için ana strateji seçeneklerini ortaya koymuştur. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından Milli Sağlık Politikası da geliştirilmiştir (Özsarı, 2002: 24).

Resmi Gazetede 1 Temmuz 2006 tarih 26215 sayılı Dokuzuncu Kalkınma Planı yayınlanmıştır. Plan, "İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, Avrupa Birliği'ne üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" vizyonu ve Uzun Vadeli Strateji (2001-2023) çerçevesinde hazırlanmıştır. "Dokuzuncu Kalkınma Planı" nda Kamusal hizmet sunumunda; şeffaflık, hesap verebilirlik, katılımcılık, verimlilik ve vatandaş memnuniyeti planın temel ilkeleri arasında yer almıştır. Planda, VIII. Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatıldığından bahis edilmiştir.

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin (RG 18251, KHK No: 181/14.12.1983) birinci maddesinde ilgili kararnamenin amaçları arasında, "*sağlık kuruluşlarını* tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak için Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine

ilişkin esasları düzenlemek" hükmüne yer verilmiştir. Bu hükümden anlaşılacağı üzere ulusal düzeyde sağlık hizmetlerini sunmak ve sağlık kuruluşlarının tek elden planlanmasına yönelik çalışmaları yapmak Sağlık Bakanlığının görevidir.

Sağlık hizmetlerine ait tüm yatırım kararları, en ince ayrıntısına kadar Sağlık Bakanlığı tarafından alınmaktadır. Hizmetlerin tüm ayrıntıları ve bunların üzerindeki her türlü değişiklikler merkezde saptanmaktadır (Şahin, 1999:291).

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında kalite çalışmaları, sunulan hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, kalite kültürü çerçevesinde yürütülmesine ilişkin usûl ve esasları düzenlemek amacıyla, 30 Ekim 2001 tarih ve 10311 sayılı Makam Onayı ile "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" ile başlatılmıştır. Kurumlarda Kalite Konseyleri bu yönerge hükmünde oluşturulmuştur. Yataklı tedavi kurumlarında, kalite yönetim sisteminin ilke, yöntem, plan ve program çerçevesinde yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığınca "ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulama Kılavuzu" hazırlanmıştır (2003).

Ulusal platformda, sağlık sektöründe kalite uygulamalarının başlatılmasının başlıca nedenlerini Sarp şu şekilde belirtmiştir. (http://www.nilgunsarp.com):

- Bireylerin satın alma gücünün artması,
- Tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması,
- Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması,
- Kalite – maliyet çelişkisine çözüm getirerek etkili ve verimli hizmet sunumu sağlanması, olarak gösterilebilir (Çoruh,1994: 2).

Hizmet kalitesinde arzu edilen sonuçlara belirlenmiş standartlar ile ulaşılabileceği düşünülerek akreditasyon çalışmaları başlatılmıştır.

Aydın (2007) akreditasyon tanımı şu şekilde aktarmıştır: "Akreditasyon; bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreçtir". Sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirerek sürekliliğini sağlamak ve

halkımızın sağlık hizmetinin kalitesine olan güvenini arttırmak için sağlık akreditasyon sisteminin kurulması gündeme gelmiştir (Aydın, B., 2007: 10).

Akreditasyon sisteminin uluslararası deneyimler ışığında kurulması amacıyla Sağlık Bakanlığı ve "Joint Commission International (JCI)" arasında; sistemin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veri tabanı oluşturulması konularını kapsayan bir iş birliği protokolü imzalanmıştır (Aydın, B., 2007: 11).

JCI standartları ve International Organization for Standardization (ISO) şartları arasında birçok benzerlikler bulunmasına rağmen aralarında farklılıkta bulunmaktadır. ISO standartları, ilk adımda spesifik şartlara bağlı kalınmasına, ikinci adımda da uyumun değerlendirilmesine odaklanmaktadır. JCI standartları ise, optimum sonuçlara ulaşabilmek ve sürekli bir gelişme sağlayabilmek için, organizasyon performansının (yönetsel ve hasta bakım kalitesi) değerlendirilmesi üzerine odaklanmaktadır. Organizasyon düzeyinde, çıkış sebebi başta üretim sektörü için tasarlanmış ISO 9000 standartlarını uygulamak bazen zor olmaktadır (http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/QuestionsandAnswersCL.pdf,).

Sağlıkta akreditasyon sürecini kurabilmek ve hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak amacıyla mevzuat değişiklikleri yürürlüğe konmuştur. "Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" içerisinde JCI'nın hastane akreditasyon standartlarından yararlanılarak hazırlanan Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri yer almaktadır (Aydın, B.,2007: 11).

Ayrıçay ve Uğurlu (2009), kalite yönetim sistemlerini uygulayan firmaların sayısında büyük bir artış meydana gelmesine rağmen, bu kalite yönetim sistemlerinin tam olarak uygulanıp uygulanmadığı, söz konusu sistemlerin firmaların finansal performansları üzerinde bir etkileşim yaratıp yaratmadığı üzerine bir araştırma yapmışlar ve araştırma sonucunda literatürle uyumlu bulgular elde etmişlerdir. Kalite yönetim sistemlerinin bazı firmaların firmanın finansal performansını olumlu yönde

etkilediği bazı firmalarda ise firmanın finansal performansını hiç etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır.

Türkiye'de 2004 yılında yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin sunumu ile ilgili, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖ) başlatılmıştır. PDEÖ; hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyetine odaklanmayı, SB hastanelerinde performans yönetimini artırmayı hedefleyen Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)'nin kritik bir bileşenidir. (OECD, 2008: 41). Bu uygulama da yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyet düzeylerinin performansa dayalı ödeme sistemiyle ilişkilendirmek amaçlanmıştır.

Bu yönerge ile artık hastaneler hastaların görüşleri doğrultusunda ve onların memnun kalacağı şekilde davranmadıkları takdirde döner sermaye gelirlerinden kurumca daha az faydalanmaları söz konusu olmuştur. Daha önce kurumların kendi isteğine bırakılan memnuniyet ölçümleri hastaneler için zorunluluk haline getirilmiştir.

Kamu sağlık kuruluşlarımızda ISO belgelendirme girişimleri dışında çok da önemli yol kat edilmemiş olması üzerine (Aydın, S., 2009: 21), düzenlemeler devam etmiş ve 23/03/2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" ve son olarak 06/05/2009 tarihinde "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" yayınlanmıştır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nin amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kurumlarda, kurumsal performans katsayısı şu şekilde hesaplanmaktadır;

Kurumsal Performans Katsayısı = [(Muayeneye Erişim Katsayısı + Memnuniyet Katsayısı + Hizmet Kalite Katsayısı + Kurum Verimlilik Katsayısı) / 4]

Katsayı, yılda iki kez hesaplanmakta ve takip eden dönemde kurum ve kuruluşların yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesine esas teşkil etmektedir.

Kurum ve kuruluşlarda her bir dönem için hesaplanan "kurumsal performans katsayısı" belirlendikten sonra hesaplanan katsayıdan, her bir ay için yönergeye ekli Ek (13) "Finansal Değerlendirme Göstergesi" doğrultusunda tespit edilen "Finansal Değerlendirme Katsayısı" çıkarılmak suretiyle her ay için ayrı bir "Aylık Kurumsal Performans Katsayısı" hesaplanır. Hastanenin finansal açıdan sürdürülebilir mali yapıya sahip olma durumunun tespit etme amaçlı kullanılan gösterge doğrultusunda tespit edilen katsayı şu şekilde hesaplanır:

Finansal Değerlendirme Katsayısı=(-1) X (Banka Sonrası Toplam Borç/Toplam Tahakkuk)

Aylık kurumsal performans katsayısı, kurum ve kuruluşların Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılır. Aylık kurumsal performans katsayısı ise şu şekilde hesaplanır:

Aylık Kurumsal Performans Katsayısı = Kurumsal Performans Katsayısı – Finansal Değerlendirme Katsayısı

Kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında yer alan 4 katsayı yine ilgili yönergede şu şekilde açıklanmıştır:

Muayeneye Erişim Katsayısı: Kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her tabip için ayrı olarak tefriş edilmiş olan oda sayısının ile aktif kullanılan diş üniti sayısı toplamının, tabip sayısına bölünmesi suretiyle bulunan katsayıdır.

Memnuniyet Katsayısı: Kurumların, her dönem anket uygulama rehberi çerçevesinde standart anket setlerini kullanarak uyguladıkları anketlerin sonucu belirlenen katsayıdır. Hasta memnuniyeti poliklinik ve yatan hastalar için ayrı ayrı oluşturulmuş veri setleri tarafından ölçülmektedir.

Hizmet Kalite Katsayısı: İl Sağlık Müdürlükleri Kalite Koordinatörlüklerince, her dönem o ilde bulunan tüm kurumları (Entegre ilçe hastaneleri hariç) ilgili dönem sonuna kadar Hizmet Kalitesi Standartları çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak belirlediği katsayıdır.

Kurum Verimlilik Katsayısı: Kurum verimlilik standartları içerisinde yer alan göstergelerden hesaplanan katsayıdır. Sezeryan oranı, günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı, günlük ameliyat masasına düşen ortalama ameliyat puanı, toplam giderin toplam gelire oranı, toplam borcun toplam gelire oranı, personel gideri destekleme oranı, yatak doluluk oranı, ortalama kalış gün sayısı, yatan hasta oranı, sağlık net veritabanlarına sağlık net standartlarına uygun verinin gönderilmesi ve yeni performans takip sistemine veri giriş puanı kurum verimlilik katsayısının hesaplanmasın da kullanılan göstergelerdir.

Kurumlar, hasta memnuniyetini sağlamak için Sağlık Bakanlığı tarafından soruları belirlenen anketleri kurum hizmetlerinden yararlanan hasta ve/veya yakınlarına uygulayacaktır. Hizmet kalite standardında geçen maddelerin ve memnuniyet anketlerinde ki uygulamanın denetimini İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Şubesi yapacaktır. Hastanelerin, öngörülen kalite çıtasını sağladıklarında bir yandan gelirlerini artıracakları bir yandan da diğer hastanelerle kendi durumlarını kıyas şansına sahip olabileceklerdir. Sağlık kurumları için kalkınma planında yer alan küresel rekabet olgusuna ulaşmanın yolunun kaliteden ve müşteri memnuniyetinden geçeceği düşünülmektedir.

Kurumsal performans uygulamasının idari, mali ve destek süreçlerle yetinmeyip, sistem içerisine tıbbi süreçlerinde dahil edildiği kamu hastaneleri için entegre bir sistem olduğu görülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından verilmektedir. Kamu sektöründe sağlık hizmeti veren en belli başlı kurumlar; Sağlık Bakanlığı (Sosyal Sigortalar Kurumu 19 Şubat 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığına devredilmiştir) ve Üniversite hastaneleridir. Sağlık Bakanlığı 2008 yılı istatistiklerine göre Türkiye'deki hastanelerin yaklaşık % 30' u özel sektöre, % 63' ü Sağlık Bakanlığına, % 4' ü üniversite hastanelerine ve % 3' diğer adı altında Milli Savunma Bakanlığı ve yerel idarelere ait hastanelere aittir. Bu tablo Türkiye' de sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunun (% 70) kamu hastaneleri tarafından kâr amacı güdülmeden sağlandığını göstermektedir. Yatak kapasitesi bakımından özel hastaneler, toplam yatağın % 11' ine sahip bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, kamuya bağlı sağlık kurumlarında Kurumsal Performans Sistemini oluşturan, denetleyen ve düzenleyen konumdadır. Özel sağlık kuruluşlarında bu sistem uygulanmamaktadır.

Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak ve kurumlar arası deneyim paylaşımına zemin hazırlamak amacıyla 2009 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" yayınlanmıştır.

Sağlık hizmetinin özel sektör tarafından sunumundaki makro planlama ve gözlenen denetleme eksikliğinin "Özel Hastane Hizmet Kalite Standartlarının" uygulanabilirliğinin sağlanması ile giderilebileceği düşünülmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA ARAŞTIRMA

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti; hastaların sağlık hizmetinden aldıkları ya da bekledikleri faydalara, hastalığındaki olumlu gelişmelere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo-kültürel değerlere uygunluğuna bağlı bir fonksiyonu olarak karşımıza çıkmakla beraber, sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde de önemli bir yere sahiptir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli belirleyicilerden ve sağlık hizmetlerinin temel çıktılarından biridir.

Literatürde hizmet kalite standardının hasta memnuniyet oranını ne derece etkilediğine yönelik çalışmalar mevcuttur. Ancak, bu konuda yapılan araştırma sayıca oldukça azdır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde hizmet kalitesi standartları ile memnuniyet katsayıları belirlenmesine rağmen bunların ikisinin ilişkilendirilerek değerlendirildiği bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle çalışmanın, kaynak ve belge sağlama konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma ile; ayakta ve yatarak bakım hizmeti veren Sağlık Bakanlığına bağlı 2. ve 3. basamak hastanelerde hasta memnuniyeti ile hizmet kalitesinin ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır.

4.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler, tarama veri toplama tekniklerinden olan anket ile ve Sağlık Bakanlığı 2009 yılı Kurumsal Performans Katsayıları kullanılarak toplanmıştır. Anket

uygulamasında örneklem türü basit rastlantısal olarak seçilmiş, rastgele örneklem sonucu seçilen kişilere anket uygulanmıştır.

4.3. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci basamak devlet ve üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanelerinin hizmet kalite katsayısı ile memnuniyet katsayıları arasındaki ilişki düzeyini ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla nicel veriler kullanılan, kesitsel ve tanımlayıcı bir tarama araştırması olarak yapılmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN TARİHİ

Sağlık Bakanlığınca 02 Temmuz 2008 ve 2011 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" çerçevesinde İl Sağlık Müdürlükleri tarafından Kurumsal Performans ve Kalite Sistemine girilen 2009 yılı ikinci dönem verilerinden 16.03.2010 tarihinde alınmıştır.

Memnuniyet anketi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesinde 1 Eylül – 24 Aralık 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

4.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırmada Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerden elde edilen veriler makro düzeyde incelenmiştir.

Uygulama araştırması Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Bu hastanenin seçilme nedeni; başvuran hasta sayısının fazla olması ve bu hastanede çalışma yapılmasına izin verilmesidir (Ek-1).

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1957 yılında kurulmuştur. Hastanede asistan eğitimi yanı sıra anestezi, radyoloji ve laboratuar teknisyeni kursiyerleri, diyaliz kursiyerleri, çevre sağlık koleji öğrencileri de teorik ve pratik eğitim görmektedir. Toplam personel sayısı 1968 (geçici görevliler dâhil) olup, sağlık kurulu ile beraber 31 ayrı branşta 46 klinik hizmet vermektedir. Hastanenin yatak sayısı 599, yatak doluluk oranı % 91,2'dir. 2009 yılı için ayakta muayene edilen hasta sayısı 1 691 527 gerçekleştirdiği ameliyat sayısı ise 52095'dir. (http://www.ankarahastanesi.gov.tr/madpage.aspx?hst=2; Ek-2-Form 56 verileri).

4.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren 2 nci ve 3 ncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler oluşturmaktadır. Örneklem çekilmeyip söz konusu hastanelerin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır.

Uygulama araştırmasının evrenini, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi oluşturmaktadır. Ayakta ve yatan hasta anketlerinin her biri en az hastanenin yatak sayısı kadar kişiye uygulanmıştır. Bu hastaneden Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi Memnuniyet Anketi hükümlerine göre örneklem seçilmiştir (http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=77).

4.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler iki yolla elde edilmiştir. Birincisi, Sağlık Bakanlığı performans yönetimi ve kalite geliştirme dairesi başkanlığından elde edilen memnuniyet ve hizmet kalite katsayıları, aynı zamanda bu iki parametreyi de içeren kurumsal performans katsayılarıdır. Memnuniyet ve Hizmet kalite katsayısı 2009 yılı ikinci dönem verilerinden elde edilmiştir. İkincisi ise Ayakta Hasta Memnuniyet Anketi (Ek-3) ve Yatan Hasta Memnuniyet Anketidir (Ek-4).

4.8. HASTA MEMNUNİYET FORMLARININ OLUŞTURULMASI, İÇ TUTARLILIĞI VE GÜVENİRLİLİK ANALİZİ

Hastanecilik uygulamaları açısından tek bir memnuniyet anketinin ihtiyacı karşılamadığı düşünülerek, anketler ayakta ve yatan hasta grubuna göre araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Araştırmada iki ayrı soru formu kullanılmıştır.

Ayakta ve yatan hasta memnuniyet anketinde yer alan boyutlar ve sorular literatür taraması sonucu elde edilen dokümanlardan, uzman görüşünden, Sağlık Bakanlığı hizmet kalite kriterlerinden yararlanılarak ve Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hasta görüşleri alınarak oluşturulmuştur.

Her iki anket seti için ayrı ayrı oluşturulan sorular yine aynı hastanede ayakta 20 hastaya uygulanmıştır. Hazırlanan anket formu 11-15 Mayıs 2009 tarihlerinde uygulama araştırmasının yapıldığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 60 kişiye uygulanarak ön uygulaması yapılmıştır. Her iki anket uygulamasında çekilen örneklem araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Ayakta ve yatan hasta memnuniyet anketleri Cronbach's Alpha ile analiz edilmiş ve analiz sonucu tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Cronbach's Alpha Analiz Sonucu

Anket Seti	**Cronbach's Alpha Katsayısı (α)**	**Soru Sayısı**
Ayakta Hasta Anket Formu Geneli	**0,919**	**25**
Yatan Hasta Anket Formu Geneli	**0,927**	**52**

Bu durum, anket formunda sorulan soruların iç tutarlılığını, hastaların memnuniyet nedenlerini belirlemede güvenle kullanılabileceğini göstermektedir.

Her iki anket setinde sorular iki bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü, hizmet kalitesini değerlendiren sorular; ayakta hasta için 25, yatan hasta için 52 sorudan; ikinci bölümünü oluşturan sosyo-demografik bilgilerini kapsayan sorularda 9 sorudan oluşmaktadır. Demografik özelliklerin tespitine yönelik soruların anketin son bölümüne konulmasının nedeni, anketi uygulayan kişilerin bu soruları yanıtlamaktan kaçınabileceklerinin öngörülmesidir.

4.9. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Ayakta hasta anket formları, polikliniklerde muayene, tahlil ve reçete işlemlerini tamamlamış olan hastalara, basit rastgele örnekleme yöntemiyle uygulanmıştır. Ayakta ve yatan hasta anket uygulaması 1 Eylül – 24 Aralık 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Muayene olmak dışında bir amaçla gelenler (ilaç yazdırmak, evrak imzalatmak, tahlil sonucu göstermek vb.), cevap veremeyecek kadar rahatsız olanlar, çeşitli nedenlerle iletişim kurulamayanlar, araştırmaya katılmak istemeyenler ve 16 yaşından küçük olanlar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Yatan hastanın hastaneyi ve hastanede verilen hizmetleri değerlendirebilmesi açısından, araştırmaya katılabilmesi için hastaneye kabul edilmesinden sonra en az 2 günün geçmesi kriter olarak alınmıştır. Araştırmaya katılacak yatan hastaların belirlenmesinde servis hemşirelerinden yardım alınmıştır. Anket formları araştırmacı dahil olmak üzere 3 kişi tarafından hastalara yüzyüze uygulanmıştır. Anketi kendisi doldurmak isteyen hastalara formlar teslim edilmiş 1 saat sonra toplanmıştır.

Araştırma, Helsinki Deklerasyonu (Bildirgesi) (2008) prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Anket formu doldurulmadan önce bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılarak, araştırmaya katılmada gönüllülük esası dikkate alınmıştır. Araştırmanın uygulanması sırasında ise bireylerden sözel izin alınmıştır.

Araştırmada kullanılan memnuniyet ölçeği, “beşli likert tipi ölçek” şeklinde düzenlenmiştir. Seçenekler “Hiç Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Orta”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” şeklindedir. Tüm maddeler olumlu

şekilde düzenlendiğinden puanlandırma 1'den 5'e doğru yapılmıştır. Her boyutla ilgili maddelere verilen puanlar 100 üzerinden bir puana dönüştürülmüş ve ayrıca, tüm madde puanları kullanılarak araştırmaya katılan her birey için "toplam memnuniyet puanı" hesaplanmıştır. Toplam memnuniyet puanının uygulanan birey sayısına bölümüyle de genel memnuniyet puanı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Anket Setleri Bölüm Skorları

ANKET SETLERİ BÖLÜM SKORLARI		
AYAKTA HASTA	**SKORLAR**	
	En Düşük	**En Yüksek**
Ulaşılabilirlik	**1**	**5**
Bekleme Süresi	**4**	**20**
Bekleme Alanı/Fiziksel Ortam	**5**	**25**
Personel Davranışı	**6**	**30**
Hasta Bilgilendirme	**8**	**40**
Genel	**1**	**5**
Boyut Toplamı	**25**	**125**
YATAN HASTA	**SKORLAR**	
	En Düşük	**En Yüksek**
Hasta Kabul	**5**	**25**
Servisler/Fiziksel Koşullar	**13**	**65**
Doktorlar	**6**	**30**
Hemşireler	**10**	**50**
Tedavi ve Bakım	**5**	**20**
Hastaneden Ayrılma	**3**	**15**
Genel Değerlendirme	**4**	**20**
Diğer Hususlar	**7**	**35**
Boyut Toplamı	**52**	**260**

Bölüm skorları verilen tüm cevapların toplanması ile elde edilmiştir. Her bölüm skorunu oluşturan en küçük ve en yüksek değerler tablo 4.2.'de verilmiştir.

Araştırmanın uygulanması sonucu elde edilen skor Sağlık Bakanlığı skoruna orantı kurularak dönüştürülmüştür. Orantı şu şekilde kurulmuştur:

Dönüştürülmüş Puan= [(Anket Skoru) x (Bakanlık Anket Seti En Yüksek Puanı)] / Uygulanan Anket Seti İçin Hesaplanmış En Yüksek Puan

Ayakta Hasta Memnuniyet Puanı= [(98) x (100)] / 125=78

Yatan Hasta Memnuniyet Puanı= [(216) x (100)] / 260=83

Araştırmanın yürütüldüğü Ankara Hastanesinde elde edilen anket skorlarının Sağlık Bakanlığı anket skorlarına dönüştürülmüş endeksi Ek-5 ‘ de verilmiştir.

4.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamında Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler yer almaktadır. Entegre ilçe hastaneleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM), İl Sağlık Müdürlüklerince Hizmet Kalite Standardı kapsamında değerlendirilmeye tutulmayan hastaneler ve verilerin alındığı tarihte veri girişini yapmamış olan hastaneler araştırmaya dahil edilmemiştir. Entegre ilçe hastaneleri, koruyucu sağlık hizmetleri de verdiğinden araştırma kapsamına alınmamıştır. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Hizmet Kalite Standardında ayrı maddelerden değerlendirildikleri ve memnuniyet sorularının farklı olmasından dolayı araştırma kapsamına alınmamıştır. Yeni açılan, bir başka hastaneyle birleştirilen hastaneler Kurum Performans Puanlarının hesaplanmasında değerlendirme dışı bırakıldıkları ve bütün katsayıları 1-tam puan olarak kabul edildikleri için araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

Uygulama araştırmasının Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmış olması, izin alınan kurumun ziyaretçileri, acil ünitesi ve yoğun bakımda olan hastaların araştırma kapsamının dışında tutulması, muayene olmak dışında bir amaçla gelenler (ilaç yazdırmak, evrak imzalatmak, tahlil sonucu göstermek vb.), cevap veremeyecek kadar rahatsız olanlar, çeşitli nedenlerle iletişim kurulamayanlar, araştırmaya katılmak istemeyenler, 16 yaşından küçük olanlar, hastaneye kabulü 2

günden az olan yatan hastalar ve görüşmelerin tedavi ve bakımı aldıkları hastanede yapılması uygulama araştırmasının sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4.11. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık Bakanlığından alınan veriler ve anket uygulaması sonucu elde edilen veriler SPSS 15 (Statistical Package For Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ankette kullanılan ölçeklerin güvenilirliği "Cronbach Alpha" değerlerine bakılarak analiz edilmiştir. Ölçülebilen değişkenler arası ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek amaçlı (Ünver ve Gamgam, 2006: 229) korelasyon analizi, memnuniyet üzerinde hizmet kalite boyutların etkisini görmek amaçlı regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken üzerindeki etki standart regresyon katsayısı "Beta" (Neuman, 2008: 529) ile ölçülmüştür. Sosyodemografik Dağılımlarına Göre Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Mann-Whitney U testi, iki ilişkisiz grubun ilgilenilen değişken bakımından evrende benzer dağılımlara sahip olup olmadığını (Büyüköztürk, 2002: 149), Kruskal Wallis testi ise ilişkisiz iki yada daha çok örneklem grubunun birbirlerinden farklılık gösterip göstermediğini test etmek için (Büyüköztürk, 2002: 152) kullanılmıştır.

Memnuniyet anketlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amaçlı **"**Kolmogorov - Smirnov Testi" yapılmıştır (Tablo 4.3).

Ayakta ve yatan hasta verileri için yapılan Kolmogorov - Smirnov Testi sonucunda tüm boyutlarda Asymp. Sig. (2-tailed) anlamlılık değerinin p=0,000 olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0,05$ olduğu için her iki anket setinin çalışmasında parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 4.3. Kolmogorov - Smirnov Test

Kolmogorov-Smirnov Test (Ayakta Hasta)		Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel	Ayakta Hasta Genel Memnuniyet Puanı
N		700	700	700	700	700	700	700
Parametreler (a,b)	Ortalama	4,17	16,33	18,65	23,66	31,28	4,12	98,22
	Std.Sapma	0,537	1,651	2,223	2,284	3,749	0,625	9,237
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Kolmogorov-Smirnov Test (Yatan Hasta)		Hasta Kabul	Servisler_ Fiziksel Kosullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer	Yatan Hasta Genel Memnuniyet Puanı
N		700	700	700	700	700	700	700	700	700
Parametreler (a,b)	Ortalama	20,55	51,53	25,62	41,69	17,44	12,74	16,84	29,35	215,76
	Std.Sapma	2,385	6,745	2,433	4,247	1,598	1,354	1,714	2,908	19,734
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

a. Test dağılımı normal
b. Verilerden hesaplanmıştır

4.12. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde

H1a. Cinsiyet,

H1b. Yaş,

H1c. Eğitim,

H1d. Meslek,

H1e. Sosyal güvence,

H1f. Gelir,

H1g. Hastaneyi tercih sebebi,

H1h. Daha önce gelme,
H1ı. Geldiği yer,
H1i. Hizmet aldığı poliklinik,
ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

2. Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde

H2a. Cinsiyet,
H2b. Yaş,
H2c. Eğitim,
H2d. Meslek,
H2e. Sosyal güvence,
H2f. Gelir,
H2g. Hastaneyi tercih sebebi,
H2h. Daha önce gelme,
H2ı. Geldiği yer,
H2i.Hizmet aldığı poliklinik,
ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

3. Hastanelerin hizmet kalitesi ile hastaların memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

4.13. BULGULAR

Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastanelere ait veriler ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta memnuniyetini belirlemeye yönelik 700 ayakta ve 700 yatan hasta ile yapılan araştırmada elde edilen bulgular 3 bölümde ele alınmıştır.

4.13.1. Ayakta Hastaya Yönelik Bulgular

Bu bölümde, ayakta hastaya yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.13.1.1. Ayakta Hastaların Genel Özellikleri

Tablo: 4.4. Ayakta Hastaların Genel Özellikleri

Cinsiyet	**n**	**%**	**Geldiği Yer**	**n**	**%**	**Tercih Sebebi**	**n**	**%**
Kadın	476	68,0	Ankara	688	98,3	Tanıdık sağlık personeli	45	6,4
Erkek	224	32,0	Ankara dışı	12	1,7	Ekonomik sağlık hizmeti	46	6,6
Toplam	700	100,0	Toplam	700	100,0	Hızlı ve güvenilir sağlık hizmeti	11	1,6
Yaş	**n**	**%**	**Eğitim**	**n**	**%**			
16-25 yas	42	6,0	Okuryazar değil	34	4,9	Ulaşım kolaylığı	548	78,3
26-35 yas	188	26,9	Okur yazar	17	2,4			
36-45 yas	222	31,7	İlkokul	272	38,9	Kaliteli sağlık hizmeti	21	3,0
46-55 yas	100	14,3	Orta	86	12,3			
56-65 yas	99	14,1	Lise ve dengi	251	35,9	Tavsiye	29	4,1
66-75 yas	44	6,3	Üniversite	33	4,7	Toplam	700	100,0
76 yas üstü	5	0,7	Lisansüstü	7	1,0	**Sosyal Güvence ***	**n**	**%**
Toplam	700	100,0	Toplam	700	100,0	Emekli sandığı	70	10,0
Gelir	**n**	**%**	**Meslek**	**n**	**%**	SSK	327	46,7
150 ve altı	2	0,3	Ev hanımı	395	56,4	Bağkur	151	21,6
150-300 arası	1	0,1	Serbest	68	9,7	Resmi	41	5,9
300-500 arası	91	13,0	Memur	42	6,0	Yeşilkart	105	15,0
500-1000 arası	447	63,9	Öğrenci	27	3,9	Ücretli	4	0,6
1000 üzeri	159	22,7	Emekli	84	12,0	Özel sigorta	2	0,3
Toplam	700	100,0	İşsiz	9	1,3	Toplam	700	100,0
Daha Önce Gelme	**n**	**%**	İşçi	9	1,3	**Polk-Branş**	**n**	**%**
Evet	658	94,0	Diğer	66	9,4	Dahili	285	40,7
Hayır	42	6,0	Toplam	700	100,0	Cerrahi	415	59,3
Toplam	700	100,0				Toplam	700	100,0

* Sosyal güvenlik kurumları tek çatı adı altında birleştirilmesi ile sosyal güvence kurumları SGK kapsamında primleri ayrı başkanlıklarla takip edilmektedir (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr)

Anketin ikinci bölümünü oluşturan sosyodemografik veriler ele alınmıştır. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımlarına tablo 4.4.'de yer verilmiştir.

Hastaların % 68'i kadın, % 32'si erkektir (Tablo 4.4).

Hastaların % 6'sı 16-25 yaş grubunda iken, % 26'sı 26-35, % 31,7'si 36-45, % 14,3'ü 46-55, % 14,1'i 56-65, % 6,3' ü 66-75 ve % 0,7'sini 76 yaşın üzerindekiler oluşturmaktadır. 36-45 yaş grubu hastaların çoğunluğunu oluşturduğu görülmektedir (Tablo 4.4).

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde hastaların % 4,9'u okuryazar olmadığı, % 2,4'ü okur yazar, % 38,9'u ilkokul, % 12,3'ü orta, % 35,9'u lise ve dengi, % 4,7'si üniversite ve %1'inin ise en az lisansüstü eğitim almış oldukları görülmektedir. Hastaların çoğunluğunu ilkokul mezunu hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4.4).

Yüzdelik sıra itibarıyla hastaların mesleklerine göre dağılımları, % 56,4'ü ev hanımı, % 12'si emekli, % 9,7'si serbest meslek sahibi, % 9,4'ü diğer çeşitli kurum/işyerlerinde çalışan, % 6'sı memur, % 3,9'u öğrenci % 1,3'ü işçi ve % 1,3'ü işsizlerdir. Hastaların büyük çoğunluğunun ev hanımı ve emekli hastalardan oluştuğu görülmektedir (Tablo 4.4).

Hastaların sosyal güvenceleri itibarıyla dağılımları tablo 4.4'de verilmektedir. Hastaların % 46,7'sinin sosyal güvencesi S.S.K, % 21,6'sı Bağ-Kur, % 15'i Yeşilkart, % 10'u Emekli Sandığı, % 5,9'u resmi, % 0,6'sı ücretli ve % 0,3'ü özel sigortadır. Hastaların büyük çoğunluğunun S.S.K'lı hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Hastaların eve giren aylık gelirleri tablodan incelendiğinde büyük bir kısmı olan % 63,9'unun eve giren aylık geliri 500-1000 lira arasındadır. Diğer hastaların %

22,7'si 1000 lira ve üzeri, % 13'ünün 300-500 bin lira arasında ve % 0,3'ünün 150 bin ve altı ve % 0,1'inin 150-300 bin lira arası eve giren aylık geliri olduğu görülmektedir (Tablo 4.4).

Hastaların % 78,3'ü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesini, en fazla ulaşım kolaylığı yüzünden tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Daha sonra yüzdelik sırası ile % 6,6'sı ekonomik sağlık hizmeti, % 6,4'ü tanıdık sağlık personeli, % 4,1'i tavsiye, % 3'ü kaliteli sağlık hizmeti ve % 1,6'sı hızlı ve güvenilir sağlık hizmeti yüzünden hastaneyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

Hastaların %94'ü gibi büyük çoğunluğu, Ankara Hastanesine daha önce geldiklerini, % 6'sı ise daha önce gelmediklerini ifade etmişleridir (Tablo 4.4).

Hastaların % 98,3'ünün Ankara içinde oturdukları, % 1,7'sinin ise Ankara dışında oturdukları görülmektedir (Tablo 4.4).

Hastaların hizmet aldığı poliklinikler dahili ve cerrahi poliklinikler olarak sınıflandırıldığında cerrahi polikliniklerde hizmet alan hastaların % 59,3'ü oluşturduğu, 40,7'sinin ise dahili polikliniklerde hizmet almış oldukları tablo 4.4'den görülmektedir.

4.13.1.2. Ayakta Hasta Memnuniyet Puanı

Ayakta Hasta Memnuniyet Puanı 98,22 bulunmuştur. Bu puanı bakanlık endeksine göre dönüştürdüğümüz de endekse göre dönüştürülmüş memnuniyet puanı ise 78 bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Ayakta Hasta Memnuniyet Puanı

AYAKTA HASTA MEMNUNİYET PUANI/ENDEKS	**N**	**Ortalama**
Ayakta Hasta Memnuniyet Puanı	**700**	**98**
Bakanlık (Dönüştürülmüş Puan)	**700**	**78**

Tablo 4.6. Ayakta Hasta Memnuniyet Gruplaması

Yer Aldığı Memnuniyet Grubu	Ayakta Hasta Memnuniyet Puan Gruplaması	
	Anket Skor	Bakanlık
Hiç Memnun Değil	**25-49**	**20-39**
Memnun Değil	**50-74**	**40-59**
Memnun	**75-99**	**60-79**
Çok Memnun	**100-125**	**80-100**

Araştırmanın yürütüldüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi doğrultusunda uygulamış olduğu Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anketi 2009 yılı İkinci Dönem Katsayısı 0,93' dür. (Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı İstatistikleri).

Hastaların yer alacağı memnuniyet gruplandırılmış ve bu grupların dağılımı "Hiç Memnun Değil", "Memnun Değil", "Memnun" ve "Çok Memnun" olmak üzere 4 seviyede tablo 4.6'da verilmiştir. Ankara hastanesinde araştırmacı tarafından anket uygulaması sonucu bulunan memnuniyet puanı (98) ayakta hasta memnuniyet gruplamasında "memnun" (75-99) grupta yer almaktadır. Bu puan bakanlık endeksine dönüştürüldüğünde (78) ise yer aldığı grup yine "memnun" (60-79) grubudur.

Araştırmacı tarafından uygulanan ayakta hastaların memnuniyet gruplarına göre dağılımları tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Ayakta Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı

Yer Aldığı Memnuniyet Grubu	Ayakta Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı	
	n	%
Memnun Değil	**25**	**3,6**
Memnun	**453**	**64,7**
Çok Memnun	**222**	**31,7**
Toplam	**700**	**100,0**

Tablo 4.7. incelendiğinde 453 hastanın % 64,7 ile memnun grup arasında yer aldığı görülmektedir.

4.13.1.3. Memnuniyete En Çok Katkıda Bulunan Boyut ve Boyutların Etkisi

Boyutlar ve memnuniyet arasındaki ilişkinin derece ve yönünü belirleyebilmek amaçlı korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 4.8). Boyutlar, bağımsız değişken, memnuniyet bağımlı değişkendir. Boyutlar arası korelasyonda önemli olan hangi boyutun memnuniyete daha çok katkı sağladığıdır.

Hasta memnuniyetinin bütün boyutları arasında pozitif korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır. Tablo 4.8 ile bütün korelasyon düzeyleri verilmektedir.

Tablo 4.8. Hizmet Kalite Boyutlarına Ait Korelasyon Katsayıları

Boyutlar	Ayakta Hasta Genel Memnuniyet Puanı	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Ayakta Hasta Genel Memnuniyet Puanı	1	.421(**)	.785(**)	.809(**)	.899(**)	.906(**)	.750(**)
Ulaşılabilirlik	.421(**)	1	.468(**)	.400(**)	.319(**)	.184(**)	.438(**)
Bekleme Süresi	.785(**)	.468(**)	1	.654(**)	.616(**)	.558(**)	.630(**)
Beklenen Fiziki Ortam	.809(**)	.400(**)	.654(**)	1	.599(**)	.585(**)	.636(**)
Personel Davranışı	.899(**)	.319(**)	.616(**)	.599(**)	1	.837(**)	.576(**)
Hasta Bilgilendirmesi	.906(**)	.184(**)	.558(**)	.585(**)	.837(**)	1	.615(**)
Genel	.750(**)	.438(**)	.630(**)	.636(**)	.576(**)	.615(**)	1

**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı

Ayakta hasta genel memnuniyeti ile en yüksek korelasyon 0,906 ile hasta bilgilendirmesindedir. Bunu sırasıyla personel davranışı (0,899), beklenen fiziki ortam (0,809), bekleme süresi (0,785), genel boyutunun içinde yer alan hastaneyi tavsiye etme (0,750) ve ulaşılabilirlik (0,421) takip etmektedir. Ayakta hasta genel memnuniyeti ile ulaşılabilirlik arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki vardır.

Hasta bilgilendirmesi ile düşük korelasyon 0,184 ile ulaşılabilirlik boyutudur. Bu iki boyut arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Hastaların bilgilendirilmesi ile personel davranışı arasında pozitif yönde ve güçlü bir ilişki vardır. Aynı şekilde hasta bilgilendirmesi ile sırasıyla genel boyutunun içinde yer alan hastaneyi önerme, beklenen fiziki ortam, bekleme süresi ve ulaşılabilirlik arasında; personel davranışı ile, hasta bilgilendirmesi, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, genel ve ulaşılabilirlik arasında; beklenen fiziki ortam ile, bekleme süresi, genel, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve ulaşılabilirlik arasında; bekleme süresi ile, beklenen fiziki ortam, genel, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve ulaşılabilirlik arasında; ulaşılabilirlik ile, bekleme süresi, genel, beklenen fiziki ortam, personel davranışı ve hasta bilgilendirmesi arasında % 99 seviyesinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır.

Memnuniyet üzerinde hizmet kalite boyutların etkisini görmek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Beta katsayısı en yüksek olan boyut memnuniyet üzerinde en etkili olan boyuttur. Tablo 4.9. hasta memnuniyeti üzerinde boyutların etkisini göstermektedir.

Memnuniyet üzerinde boyutların etkisini görmek amaçlı yapılan regresyon analizinde, hasta memnuniyeti üzerinde tüm boyutların pozitif yönde etkisi olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyeti üzerinde en fazla etkiye sahip olan boyut hasta bilgilendirmesidir. Bunu sırasıyla personel davranışı, beklenen fiziki ortam, bekleme süresi, genel ve ulaşılabilirlik boyutu takip etmektedir. Hasta memnuniyeti üzerinde en az etkide bulunan boyutta ise hastaneye ulaşılabilirlik yer almaktadır.

Tablo 4.9. Ayaktan Hasta Regresyon Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları (Bağımlı Değişken: Ayakta Hasta Genel Memnuniyet Puanı)	**Beta**	**Standart Hata**
Ulaşılabilirlik	0,058	,000
Bekleme Süresi	0,179	,000
Beklenen Fiziki Ortam	0,241	,000
Personel Davranışı	0,247	,000
Hasta Bilgilendirmesi	**0,406**	,000
Genel	0,068	,000

a. Bağımlı Değişken: Ayakta Hasta Genel Memnuniyet Puanı

4.13.1.4. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

Cinsiyet

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde cinsiyetleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1a hipotezinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirmesinde dört boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.10). Araştırma bulgularının H1a'yı desteklemediği görülmüştür.

Mann Whitney U testi sonucunda (Tablo 4.10) Asymp. Sig. anlamlılık değerinin personel davranışı için p=0,000 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, cinsiyet ile personel davranışı arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle personel davranışının cinsiyete göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin hasta bilgilendirmesinde p=0,011 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, cinsiyet ile hasta bilgilendirmesi arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı

olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle hasta bilgilendirmesinin cinsiyete göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.10. Hastaların Cinsiyeti ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Mann-Whitney U	48.765,000	51.976,500	50.983,000	52.870,000	45.350,000	47.658,500	49.330,000
Wilcoxon W	73.965,000	77.176,500	76.183,000	78.070,000	70.550,000	72.858,500	74.530,000
Z	-1,943	-0,698	-1,046	-0,192	-3,666	-2,552	-1,905
Asymp.Sig. (2-tailed)	0,052	0,485	0,295	0,848	**0,000**	**0,011**	0,057

a. Gruplandırma değişkeni: Cinsiyet

Cinsiyet		Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
Kadın	476	**367,23**	**362,38**
Erkek	224	314,96	325,96
Toplam	700		

Kadın ve erkek hastalar arasında ulaşılabilirlik, genel, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, genel ve ayakta hasta genel memnuniyetinde Asymp. Sig. anlamlılık değerinin $p>0,05$ olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ortalama sırası olarak verilen değerler ayakta hizmet alan poliklinik hastalarının memnuniyeti ile hizmet kalite boyutlarının göreceli önemi vurgulanmaktadır. Ortalama sırasının almış olduğu değer büyüdükçe ilgili boyutun hasta üzerindeki etkisi de büyümektedir. Tablo 4.10. incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklara kadınların neden olduğu söylenebilir.

Yaş

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde yaşları ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1b hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde dört boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.11). Araştırma bulgularının H1b'yi desteklemediği görülmüştür.

Tablo 4.11. Hastaların Yaşı ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Chi-Square	8,144	3,449	7,864	5,379	19,649	14,699	5,239
df	6	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	0,228	0,751	0,248	0,496	**0,003**	**0,023**	0,514
a. Kruskal Wallis Test							
b. Gruplandırma değişkeni: yaş							

Yaş		Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
16-25 yaş arası	42	240,44	258,35
26-35 yaş arası	188	347,97	352,91
36-45 yaş arası	222	365,71	343,21
46-55 yaş arası	100	345,19	**371,22**
56-65 yaş arası	99	**360,11**	**371,73**
66-75 yaş arası	44	**375,77**	**366,28**
76 yaş üstü	5	**388,50**	**384,00**
Toplam	700		

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.11) personel davranışı için p=0,003 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, yaş ile personel davranışı arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle personel davranışının yaşa göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin hasta bilgilendirmesinde p=0,023 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, yaş ile hasta bilgilendirmesi arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle hasta bilgilendirmesinin yaşa göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Farklı yaş grubundaki hastalar arasında ulaşılabilirlik, genel, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam ve ayakta hasta genel memnuniyetinde Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Eğitim

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde eğitimleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1c hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde iki boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.12). Araştırma bulgularının H1c'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin personel davranışı ve bekleme süresi için (Tablo 4.12) p=0,000 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, eğitim ile personel davranışı ve bekleme süresi arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle personel davranışının ve bekleme süresinin eğitim durumuna göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin beklenen fiziki ortam için p=0,002 ve hastaneyi başkalarına tavsiye etmek için boyutlandırılan genel için p=0,013 olduğu (Tablo 4.12) görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, eğitim ile beklenen fiziki ortam ve hastaneyi başkalarına tavsiye etme arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle beklenen fiziki ortamın ve hastaneyi başkalarına tavsiye etmenin eğitim durumuna göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.12. Hastaların Eğitim Durumu ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Chi-Square	20,233	7,536	25,588	20,480	31,544	8,780	16,105
df	6	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	**0,003**	0,274	**0,000**	**0,002**	**0,000**	0,186	**0,013**

a. Kruskal Wallis Test

Eğitim	N	AHGMP Ortalama Sırası	Bekleme Süresi Ortalama Sırası	Beklenen Fiziki Ortam Ortalama Sırası	Personel Davranışı Ortalama Sırası	Genel Ortalama Sırası
Okuryazar değil	34	**387,62**	**395,56**	**360,85**	373,32	353,40
Okur yazar	17	186,18	237,06	165,41	216,68	216,85
İlkokul	272	361,19	361,63	345,05	372,88	**360,58**
Orta	86	329,31	302,98	354,05	319,47	325,00
Lise ve dengi	251	360,39	367,79	**369,88**	354,99	**361,96**
Üniversite	33	288,47	265,05	326,02	241,86	322,70
Lisansüstü	7	351,86	341,43	338,50	**427,36**	302,50
Toplam	700					

Farklı eğitim grubundaki hastalar arasında ulaşılabilirlik ve hasta bilgilendirme değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastaneye ulaşımda ve hasta bilgilendirmesinde eğitim durumuna göre farklılık görülmemektedir.

Meslek

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde meslekleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1d hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde dört boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.13) Araştırma bulgularının H1d'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.13) personel davranışı için p= 0,008 ve hasta bilgilendirmesi için p=0,009 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, hastaların meslekleri ile personel davranışı ve hasta bilgilendirmesi arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle personel davranışının ve hasta bilgilendirmesinin meslek farklılıklarına göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.13. Hastaların Meslekleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Chi-Square	5,474	5,307	3,187	8,756	19,101	18,781	11,736
df	7	7	7	7	7	7	7
Asymp. Sig.	0,602	0,623	0,867	0,271	**0,008**	**0,009**	0,110

a. Kruskal Wallis Test

b. Gruplandırma değişkeni: Meslek

Meslek		Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
Ev hanımı	395	361,32	357,40
Serbest	68	281,49	292,96
Memur	42	**403,48**	**406,15**
Öğrenci	27	292,70	281,30
Emekli	84	340,50	367,52
İşsiz	9	356,83	**413,61**
İşçi	9	348,56	377,44
Diğer	66	358,93	327,43
Toplam	700		

Farklı meslek grubundaki hastalar arasında ulaşılabilirlik, genel, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam ve ayakta hasta genel memnuniyetinde Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır

Sosyal Güvence

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde sosyal güvenceleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1e hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde iki boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.14). Araştırma bulgularının H1e'yi desteklemediği görülmüştür.

Tablo 4.14. Hastaların Sosyal Güvenceleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Chi-Square	16,624	6,879	13,716	19,937	15,365	7,785	20,948
df	6	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	**0,011**	0,332	**0,033**	**0,003**	**0,018**	0,254	**0,002**

a. Kruskal Wallis Test

b. Gruplandırma değişkeni: Sosyal Güvence

Sosyal Güvence		AHGMP	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Genel
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
Emekli Sandığı	70	290,94	293,39	276,91	322,64	285,71
SSK	327	354,84	357,42	354,69	348,42	360,28
Bağkur	151	350,70	345,06	**368,86**	332,93	343,39
Resmi	41	351,71	339,73	335,48	**404,11**	337,05
Yesilkart	105	**386,54**	**383,70**	375,74	387,61	**386,74**
Ücretli	4	167,75	324,63	198,63	224,63	228,63
Özel Sigorta	2	159,50	157,50	141,50	196,00	172,25
Toplam	700					

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.14) hastaneyi tavsiye etmenin yer aldığı genel boyutu için için p= 0,002, beklenen fiziki ortam için p=0,003, AHGMP için p=0,011, personel davranışı için p=0,018 ve bekleme süresi için p=0,033 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, hastaların sosyal güvenceleri

ile hastaneyi tavsiye etmenin yer aldığı genel boyutu, beklenen fiziki ortam, AHGMP ve personel davranışı arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle hastaneyi tavsiye etme, beklenen fiziki ortam, AHGMP ve personel davranışının sosyal güvence farklılıklarına göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal güvenceleri farklı hastalar arasında ulaşılabilirlik ve hasta bilgilendirmesinde Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Gelir

Tablo 4.15. Hastaların Gelir Düzeyleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Chi-Square	8,829	8,347	12,145	14,754	21,955	3,444	9,656
df	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	0,066	0,080	**0,016**	**0,005**	**0,000**	0,486	**0,047**

a. Kruskal Wallis Test

b. Gruplandırma değişkeni: Gelir

Gelir		Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Genel
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
150 ve altı	2	301,00	**685,75**	**508,00**	**459,50**
150-300 arası	1	51,00	57,00	388,50	7,00
300-500 arası	91	**382,58**	368,93	391,38	375,55
500-1000 arası	447	357,07	337,33	360,02	353,38
1000 üzeri	159	316,16	374,60	298,11	328,85
Toplam	700				

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde gelirleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1f hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde iki boyut

bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.15). Araştırma bulgularının H1f'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.15) personel davranışı için p=0,000, beklenen fiziki ortam için p=0,005, bekleme süresi için p=0,016 ve genel boyutu için p=0,047 olduğu görülmekte ve bu değerler 0,05'den küçük olduğu için, hastaların gelirleri ile personel davranışının, beklenen fiziki ortam, bekleme süresi ve genel ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz.

Gelir düzeyleri farklı hastalar arasında AHGMP, ulaşılabilirlik ve hasta bilgilendirmesinde Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaneyi Tercih Sebebi

Tablo 4.16. Hastaların Hastaneyi Tercih Sebebi ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Chi-Square	0,531	11,857	4,915	4,306	7,370	13,553	2,781
df	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	0,991	**0,037**	0,426	0,506	0,195	**0,019**	0,734

a. Kruskal Wallis Test

b. Gruplandırma değişkeni: Tercih Sebebi

Tercih Sebebi		Ulaşılabilirlik	Hasta Bilgilendirmesi
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
Tanıdık Sağlık Pers	45	**381,86**	312,77
Ekonomik Sağlık Hizmeti	46	319,48	377,97
Hızlı ve Güvenilir Sağlık Hiz.	11	264,59	**466,36**
Ulaşım Kolaylığı	548	356,26	345,35
Kaliteli Sağlık Hizmeti	21	310,76	338,21
Tavsiye	29	303,52	427,66
Toplam	700		

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hastaneyi tercihleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1g hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde dört boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.16). Araştırma bulgularının H1g'yi desteklemediği görülmüştür.

Hastaların hastaneyi tercih sebebi ile poliklinik hizmet kalite boyutlarının hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir farklılık vardır biçiminde geliştirilen hipotezin Kruskal-Wallis testine göre değerlendirilmesinde asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.16) hastaneye ulaşım için p=0,037 ve hasta bilgilendirmesi için p=0,019 olduğu görülmekte ve bu değerlerin 0,05'den küçük olduğu için, hastaların hastaneyi tercih sebepleri ile ulaşım ve hasta bilgilendirmesi boyutlarının p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz.

Tercih sebebi farklı hasta grupları arasında AHGMP, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, personel davranışı ve genel boyutlarının asymp. sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Daha Önce Gelme

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hastaneye daha önce gelmeleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1h hipotezinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirmesinde iki boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.17). Araştırma bulgularının H1h'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.17) bekleme süresi, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve genel için p=0,000 ve AHGMP için ise p=0,008 olduğu görülmekte ve bu değerlerin 0,05'den küçük olduğu için, hastaların hastaneye daha önce gelme durumları ile bekleme süresi, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi, genel ve ayakta hasta genel memnuniyetinde p<0,05 düzeyinde

istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz.

Tablo 4.17. Hastaların Hastaneye Daha Önce Gelme Durumları ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Mann-Whitney U	10.648,000	12.338,500	8.957,500	13.179,500	8.041,000	9.468,500	9.143,500
Wilcoxon W	11.551,000	13.241,500	9.860,500	14.082,500	8.944,000	10.371,500	10.046,500
Z	-2,661	-1,519	-4,289	-0,546	-5,224	-3,856	-4,392
Asymp. Sig. (2-tailed)	**0,008**	0,129	**0,000**	0,585	**0,000**	**0,000**	**0,000**

a. Gruplandırma değişkeni: Daha önce gelme

Daha Önce Gelme		AHGMP	Bekleme Süresi	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
Evet	658	**355,32**	**357,89**	**359,28**	**357,11**	**357,60**
Hayır	42	275,02	234,77	212,95	246,94	239,20
Toplam	700					

Hastane hizmetlerinden daha önce yararlanalar ile yararlanmayanlar arasında ulaşılabilirlik ve beklenen fiziki ortam boyutlarında asymp. sig. anlamlılık değerinin $p>0,05$ olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Geldiği Yer

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hastaneye geldiği yer ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1ı hipotezinin Mann-Whitney U testine göre

değerlendirmesinde hiçbir boyutta fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.18). Araştırma bulgularının H1ı'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.18) AHGMP, ulaşılabilirlik, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve genel için p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların memnuniyet durumları etkilenmemektedir.

Tablo 4.18. Hastaların Geldiği Yer ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Mann-Whitney U	3.879,000	4.010,000	3.941,500	3.867,000	4.102,000	3.789,000	3.866,000
Wilcoxon W	240.895,000	4.088,000	4.019,500	240.883,000	4.180,000	240.805,000	3.944,000
Z	-0,382	-0,222	-0,301	-0,408	-0,043	-0,550	-0,450
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,702	0,825	0,763	0,683	0,966	0,582	0,652

a. Gruplandırma değişkeni: Geldiği Yer

Hizmet Aldığı Poliklinik

Tablo 4.19. Hastaların Hizmet Aldığı Poliklinik ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	AHGMP	Ulaşılabilirlik	Bekleme Süresi	Beklenen Fiziki Ortam	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirmesi	Genel
Mann-Whitney U	57.482,500	58.482,000	57.921,500	56.102,500	55.721,500	58.645,500	57.294,500
Wilcoxon W	143.802,500	144.802,000	144.241,500	142.422,500	96.476,500	144.965,500	143.614,500
Z	-0,672	-0,325	-0,519	-1,254	-1,493	-0,211	-0,837
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,502	0,745	0,604	0,210	0,135	0,833	0,403

a. Gruplandırma değişkeni: Poliklinik Branşı

"Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hizmet aldığı poliklinik ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H1i hipotezinin Mann-Whitney U testine göre

değerlendirmesinde hiçbir boyutta fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.19). Araştırma bulgularının H1i'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.19) AHGMP, ulaşılabilirlik, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve genel için p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.13.2.Yatan Hastaya Yönelik Bulgular

Bu bölümde, yatan hastaya yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.13.2.1. Yatan Hastaların Genel Özellikleri

Anketin ikinci bölümünü oluşturan sosyodemografik veriler ele alınmıştır. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımlarına tablo 4.20' de yer verilmiştir.

Tablo 4.20'de görüldüğü gibi, hastaların % 67,4'ü kadın, % 32,6'sı erkektir (Tablo 4.20).

Hastaların % 5,4'ü 16-25 yaş grubundayken, % 23,3'ü 26-35, % 28,9'u 36-45, % 14,9'u 46-55, % 15,6'sı 56-65, % 9,1'i 66-75 ve % 2,9'unu 76 yaşın üzerindekiler oluşturmaktadır. 36-45 yaş grubunun hastaların çoğunluğunu oluşturduğu görülmektedir (Tablo 4.20).

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde hastaların % 9,7'sinin okuryazar olmadığı, % 3'ünün okur yazar, % 31,3'ünün ilkokul, % 11,4'ünün ortaokul ve % 38,7'sinin lise ve dengi okul mezunu oldukları görülmektedir. Hastaların % 5'i üniversite mezunu iken, %0,9'unun en az lisansüstü eğitim almış oldukları görülmektedir. Hastaların çoğunluğunu lise ve dengi okul mezunu hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Yatan Hastaların Genel Özellikleri

Cinsiyet	**n**	**%**	**Geldiği Yer**	**n**	**%**	**Tercih Sebebi**	**n**	**%**
Kadın	472	67,4	Ankara	679	97,0	Tanıdık sağlık personeli	46	6,6
Erkek	228	32,6	Ankara dışı	21	3,0	Ekonomik sağlık hizmeti	40	5,7
Toplam	700	100,0	Toplam	700	100,0	Hızlı ve güvenilir sağlık hizmeti	28	4,0
Yaş	**n**	**%**	**Eğitim**	**n**	**%**			
16-25 yas	38	5,4	Okuryazar değil	68	9,7	Ulaşım kolaylığı	484	69,1
26-35 yas	163	23,3	Okur yazar	21	3,0			
36-45 yas	202	28,9	İlkokul	219	31,3	Kaliteli sağlık hizmeti	41	5,9
46-55 yas	104	14,9	Orta	80	11,4			
56-65 yas	109	15,6	Lise ve dengi	271	38,7	Tavsiye	61	8,7
66-75 yas	64	9,1	Üniversite	35	5,0	Toplam		
76 yas üstü	20	2,9	Lisansüstü	6	0,9	**Sosyal Güvence ***	**n**	**%**
Toplam	700	100,0	Toplam	700	100,0	Emekli sandığı	80	11,4
Gelir	**n**	**%**	**Meslek**	**n**	**%**	SSK	332	47,4
150 ve altı	3	0,4	Ev hanımı	419	59,9	Bağkur	146	20,9
150-300	10	1,4	Serbest	54	7,7	Resmi	40	5,7
300-500	84	12,0	Memur	40	5,7	Yeşilkart	94	13,4
500-1000	412	58,9	Öğrenci	20	2,9	Ücretli	8	1,1
1000 +	191	27,3	Emekli	88	12,6	Özel sigorta	-	-
Toplam	700	100,0	İşsiz	6	0,9	Toplam	700	100,0
Daha Önce Gelme	**n**	**%**	İşçi	4	0,6	**Polk-Branş**	**n**	**%**
Evet	634	90,6	Diğer	69	9,9	Dahili	231	33,0
Hayır	66	9,4	Toplam	700	100,0	Cerrahi	469	67,0
Toplam	700	100,0				Toplam	700	100,0

* Sosyal güvenlik kurumları tek çatı adı altında birleştirilmesi ile sosyal güvence kurumları SGK kapsamında primleri ayrı başkanlıklarla takip edilmektedir (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr)

Hastaların mesleklerine göre dağılımları yüzdelik sıra itibarıyla tablodan incelendiğinde, % 59,9'u ev hanımı, % 12,6'sı emekli, % 9,9'u diğer çeşitli kurum/işyerlerinde çalışan, % 7,7'si serbest meslek sahibi, % 5,7'si memur, % 2,9'u öğrenci, % 0,9'u işsiz ve % 0,6'sı ise işçidir (Tablo 4.20).

Hastaların sosyal güvenceleri itibarıyla dağılımları tablo 4.20'de görülmektedir. Hastaların % 47,4'ünün sosyal güvencesi S.S.K, % 20,9'u Bağ-Kur, % 13,4'ü Yeşilkart, % 11,4'ü Emekli Sandığı, % 5,7'si resmi ve % 1,1'i ise ücretlidir. Hastaların büyük çoğunluğunun S.S.K'lı hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Hastaların eve giren aylık gelirleri tablodan incelendiğinde büyük bir kısmı olan % 58,9'unun eve giren aylık geliri 500-1000 lira arasındadır. Diğer hastaların % 27,3'ünün 1000 lira ve üzeri, % 12'sinin 300-500 bin lira arasında, % 1,4'ünün 150-300 bin lira arasında ve % 0,4'ününn 150 bin ve altında eve giren aylık geliri olduğu görülmektedir (Tablo 4.20).

Hastaların, tabloda 4.20'de görüldüğü gibi, % 69,1'i Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesini en fazla ulaşım kolaylığı yüzünden tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Daha sonra yüzdelik sırası ile % 8,7'si tavsiye, % 6,6'sı tanıdık sağlık personeli, % 5,9'u kaliteli sağlık hizmeti, % 5,7'si ekonomik sağlık hizmeti ve % 4'ü hızlı ve güvenilir sağlık hizmeti yüzünden hastaneyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Hastaların % 90,6'sı gibi büyük çoğunluğu Ankara Hastanesine daha önce geldiklerini, % 9,4'ü ise daha önce gelmediklerini ifade etmişleridir (Tablo 4.20).

Hastaların % 97'sinin Ankara içinde oturdukları, % 3'ünün ise Ankara ili dışında oturan hastalar oldukları görülmektedir (Tablo 4.20).

Hastaların hizmet aldığı klinikler dahili ve cerrahi klinikler olarak sınıflandırıldığında cerrahi klinikte hizmet alan hastaların % 67'yi oluşturduğu, % 33'ünün ise dahili kliniklerde hizmet almış oldukları görülmektedir (Tablo 4.20).

4.13.2.2 Yatan Hasta Memnuniyet Puanı

Yatan Hasta Memnuniyet Puanı 216 bulunmuştur. Bu puanı bakanlık endeksine göre dönüştürdüğümüz de endekse göre dönüştürülmüş memnuniyet puanı ise 83'dür. (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Yatan Hasta Memnuniyet Puanı

YATAN HASTA MEMNUNİYET PUANI/ENDEKS	N	Ortalama
Yatan Hasta Memnuniyet Puanı	700	216
Bakanlık (Dönüştürülmüş Puan)	700	83

Tablo 4.22. Yatan Hasta Memnuniyet Gruplaması

Yer Aldığı Memnuniyet Grubu	Yatan Hasta Memnuniyet Puan Gruplaması	
	Anket Skor	Bakanlık
Hiç Memnun Değil	52-103	19-39
Memnun Değil	104-155	40-59
Memnun	156-207	60-79
Çok Memnun	208-260	80-100

Araştırmanın yürütüldüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi doğrultusunda uygulamış olduğu Yataklı Servis Hizmetlerini Değerlendirme Anketi 2009 yılı İkinci Dönem Katsayısı 0,90'dır. (Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı İstatistikleri).

Hastaların yer alacağı memnuniyet gruplandırılmış ve bu grupların dağılımı "Hiç Memnun Değil", "Memnun Değil", "Memnun" ve "Çok Memnun" olmak üzere 4 seviyede tablo 4.22.'de verilmiştir. Ankara hastanesinde araştırmacı tarafından anket uygulaması sonucu bulunan memnuniyet puanı (216) yatan hasta memnuniyet

gruplamasında "çok memnun" (208-260) grupta yer almaktadır. Bu puan bakanlık endeksine dönüştürüldüğünde (83) ise yer aldığı grup yine "çok memnun" (80-100) grubudur.

Araştırmacı tarafından uygulanan yatan hastaların memnuniyet gruplarına göre dağılımları tablo 4.23.'de verilmiştir.

Tablo 4.23. Yatan Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı

Yer Aldığı Memnuniyet Grubu	Yatan Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı	
	n	%
Memnun Değil	**1**	**0,1**
Memnun	**289**	**41,3**
Çok Memnun	**410**	**58,6**
Toplam	**700**	**100,0**

Tablo 4.23 incelendiğinde 410 hastanın % 58,6 ile çok memnun grup arasında yer aldığı görülmektedir.

4.13.2.3. Memnuniyete En Çok Katkıda Bulunan Boyut ve Boyutların Etkisi

Boyutlar ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi inceleyebilmek için korelasyon analizi yapılmıştır. Boyutlar, bağımsız değişken, memnuniyet bağımlı değişkendir.

Hasta memnuniyetinin bütün boyutları arasında pozitif korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır. Tablo 4.24 ile bütün korelasyon düzeyleri verilmektedir.

Yatan hasta genel memnuniyeti ile en yüksek korelasyon 0,891 ile servisler ve fiziksel koşullar arasındadır. Bunu sırasıyla hemşireler (0,886), diğer (0,853), doktorlar (0,845), genel değerlendirme (0,814), tedavi ve bakım (0,804), hastaneden ayrılma (0,779) ve hasta kabul (0,708) takip etmektedir (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Hizmet Kalite Boyutlarına Ait Korelasyon Katsayıları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler_ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
YHGMP	1	.708(**)	**.891(**)**	.845(**)	.886(**)	.804(**)	.779(**)	.814(**)	.853(**)
Hasta Kabul	.708(**)	1	.524(**)	.555(**)	.598(**)	.514(**)	.505(**)	.556(**)	.584(**)
Servisler_ Fiziksel Koşullar	.891(**)	.524(**)	1	.661(**)	.717(**)	.692(**)	.602(**)	.645(**)	.658(**)
Doktorlar	.845(**)	.555(**)	.661(**)	1	.713(**)	.726(**)	.757(**)	.679(**)	.718(**)
Hemşireler	.886(**)	.598(**)	.717(**)	.713(**)	1	.623(**)	.646(**)	.706(**)	.744(**)
Tedavi ve Bakım	.804(**)	.514(**)	.692(**)	.726(**)	.623(**)	1	.678(**)	.643(**)	.666(**)
Hastaneden Ayrılma	.779(**)	.505(**)	.602(**)	.757(**)	.646(**)	.678(**)	1	.680(**)	.658(**)
Genel Değerlendirme	.814(**)	.556(**)	.645(**)	.679(**)	.706(**)	.643(**)	.680(**)	1	.712(**)
Diğer	.853(**)	.584(**)	.658(**)	.718(**)	.744(**)	.666(**)	.658(**)	.712(**)	1

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı

Servisler ve fiziksel koşullar ile düşük korelasyon 0,524 ile hasta kabul boyutudur. Bu iki boyut arasında pozitif yönlü ancak güçlü olarak tanımlanamayacak bir ilişki vardır. Servisler ve fiziksel koşullar ile sırasıyla YHGMP, hemşireler, tedavi ve bakım, doktorlar, diğer, genel değerlendirme, hastaneden ayrılma ve hasta kabul arasında; doktorlar ile, YHGMP, hastaneden ayrılma, tedavi ve bakım, diğer, hemşireler, genel değerlendirme, servisler ve fiziksel koşullar ve hasta kabul arasında; hemşireler ile, YHGMP, diğer, ünite ve fiziksel koşullar, doktorlar, genel değerlendirme, hastaneden ayrılma, tedavi ve bakım ve hasta kabul arasında; tedavi ve bakım ile, YHGMP, doktorlar, servis ve fiziksel koşullar, hastaneden ayrılma, diğer, genel değerlendirme, hemşireler ve hasta kabul arasında; hastaneden ayrılma ile, YHGMP, genel değerlendirme ile, YHGMP, doktorlar, genel değerlendirme, tedavi ve bakım, diğer, hemşireler, servisler ve fiziksel koşullar ve hasta kabul ile; genel değerlendirme ile, YHGMP, diğer, hemşireler, hastaneden ayrılma, doktorlar,

servis ve fiziksel koşullar, tedavi ve bakım ve hasta kabul arasında; diğer boyutu ile de YHGMP, hemşireler, doktorlar, genel değerlendirme, tedavi ve bakım, genel değerlendirme, servisler ve fiziksel koşullar ve hasta kabul arasında % 99 seviyesinde pozitif ve doğrusal ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.24).

Hastaların bilgilendirilmesi ile personel davranışı arasında pozitif yönde ve güçlü bir ilişki vardır. Aynı şekilde hasta bilgilendirmesi ile sırasıyla genel boyutunun içinde yer alan hastaneyi önerme, beklenen fiziki ortam, bekleme süresi ve ulaşılabilirlik arasında; personel davranışı ile, hasta bilgilendirmesi, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, genel ve ulaşılabilirlik arasında; beklenen fiziki ortam ile, bekleme süresi, genel, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve ulaşılabilirlik arasında; bekleme süresi ile, beklenen fiziki ortam, genel, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve ulaşılabilirlik arasında; ulaşılabilirlik ile, bekleme süresi, genel, beklenen fiziki ortam, personel davranışı ve hasta bilgilendirmesi arasında % 99 seviyesinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.25. Yatan Hasta Regresyon Analizi

Hizmet Kalitesi Boyutları (Bağımlı Değişken: Yatan Hasta Genel Memnuniyet Puanı)	**Beta**	**Standart Hata**
Hasta Kabul	0,121	,000
Servisler_ Fiziksel Koşullar	**0,342**	,000
Doktorlar	0,123	,000
Hemşireler	0,215	,000
Tedavi ve Bakım	0,081	,000
Hastaneden Ayrılma	0,069	,000
Genel Değerlendirme	0,087	,000
Diğer	0,147	,000

a. Bağımlı Değişken: Yatan Hasta Genel Memnuniyet Puanı

Memnuniyet üzerinde yataklı hizmetlere ait hizmet kalite boyutların etkisini görmek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Beta katsayısı yüksek olan boyut

memnuniyet üzerinde en etkili olan boyuttur. Tablo 4.25 hasta memnuniyeti üzerinde boyutların etkisini göstermektedir.

Memnuniyet üzerinde boyutların etkisini görmek amaçlı yapılan regresyon analizinde (Tablo 4.25), hasta memnuniyeti üzerinde tüm boyutların pozitif yönde etkisi olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyeti üzerinde en fazla etkiye sahip olan boyut servisler ve fiziksel koşullardır. Bunu sırasıyla hemşireler, diğer, doktorlar, hasta kabul, genel değerlendirme, tedavi ve bakım ve hastaneden ayrınla boyutu takip etmektedir. Hasta memnuniyeti üzerinde en az etkide bulunan ise hastaneden ayrılma ve hasta kabul yer almaktadır.

4.13.3.4. Yatan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

Cinsiyet

Tablo 4.26. Hastaların Cinsiyeti ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
Mann-Whitney U *	48.294,	48.522,	47.745,	49.742,	51.451,	45.896,	50.119,	50.318,	49.254,
Wilcoxon W*	159.922	74.628,	159.373,	161.370,	77.557,	157.524,	161.747,	161.946,	75.360,
Z	-2,223	-2,201	-2,445	-1,712	-0,987	-3,268	-1,578	-1,504	-1,899
Asymp. Sig. (2-tailed)	**0,026**	**0,028**	**0,014**	0,087	0,324	**0,001**	0,115	0,133	0,058

a. Gruplandırma değişkeni: Cinsiyet

* Hesaplanan Değerlerin sonundan üç basamak çıkarılmıştır

Cinsiyet		YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Tedavi ve Bakım
	N	Ortalama Sırası			
Kadın	472	338,82	**361,70**	337,65	333,74
Erkek	228	**374,68**	327,32	**377,09**	**385,20**
Toplam	700				

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde cinsiyetleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2a hipotezinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirmesinde beş

boyutta fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.26). Araştırma bulgularının H2a'yı desteklemediği görülmüştür.

Yatan hastaların sonuçları için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda (Tablo 4.26) Asymp. Sig. anlamlılık değerinin tedavi ve bakım için p=0,001, servisler ve fiziksel koşullar için p=0,014, YHGMP için p= 0,026 ve hasta kabul hizmetleri için p= 0,028 olduğu görülmektedir. Bu değerler 0,05'den küçük olduğu için cinsiyet ile tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP ve hasta kabul hizmetleri arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP ve hasta kabul hizmetlerinin cinsiyete göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kadın ve erkek hastalar arasında doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.26 incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklara hasta kabul hizmetleri hariç erkeklerin neden olduğu söylenebilir.

Yaş

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde yaşları ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2b hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde tüm boyutlarda fark gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.27). Araştırma bulgularının H2b'yi desteklediği görülmüştür.

Hastaların Yaşı ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde anlamlı farklılık olup olmadığı biçiminde geliştirilen hipotezin Kruskal-Wallis testine göre değerlendirmesinde, asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.27) YHGMP, servisler ve fiziksel koşullar, doktorlar, hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma ve genel değerlendirme için p=0,000, diğer boyutu için p=0,001 ve hasta kabul hizmeti için p=0,002 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük

olduğu için, yaş ile hastanede verilen bu hizmetlerin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu, bu bulgudan hareketle yaşın memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucu söylenebilir.

Tablo 4.27. Hastaların Yaşı ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
Chi-Square	50,444	21,401	39,999	40,126	26,731	37,895	45,863	26,180	22,467
df	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	**0,000**	**0,002**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**

a. Kruskal Wallis Test
b. Gruplandırma değişkeni: Yaş

Yaş		YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
	N	Ortalama Sırası								
16-25	38	404,01	369,66	400,17	382,62	354,47	**421,07**	**414,05**	355,95	371,41
26-35	163	301,59	355,00	305,00	314,61	329,38	301,80	304,08	316,56	306,09
36-45	202	314,56	319,25	315,42	325,41	322,75	322,39	333,17	328,38	343,44
46-55	104	363,62	333,16	371,14	352,16	340,40	374,69	367,33	363,80	360,73
56-65	109	379,42	350,50	382,30	367,58	382,08	370,83	347,04	378,49	361,27
66-75	64	**423,16**	**419,25**	**407,82**	**404,94**	**405,09**	401,18	398,41	**388,17**	**399,23**
76 +	20	**552,05**	**463,25**	**517,18**	**559,43**	**501,03**	**498,58**	**561,15**	**497,95**	**476,30**
Toplam	700									

Eğitim

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde eğitimleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2c hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde tüm boyutlarda fark gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.28). Araştırma bulgularının H2c'yi desteklediği görülmüştür.

Tablo 4.28. Hastaların Eğitimi ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
Chi-Square	48,490	16,643	50,731	37,447	24,991	47,293	25,974	26,219	24,276
df	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	**0,000**	**0,011**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

a. Kruskal Wallis Test
b. Gruplandırma değişkeni: Eğitim

Eğitim		YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
	N	Ortalama Sırası								
Okuryazar değil	68	**445,34**	**412,55**	**435,80**	**434,18**	**423,79**	**443,24**	**407,95**	**436,43**	**423,19**
Okur yazar	21	348,86	349,83	334,88	394,57	323,52	374,07	368,21	302,55	365,93
İlkokul	219	358,73	370,81	362,48	352,32	357,49	344,99	358,26	347,56	366,98
Orta	80	408,75	342,85	419,78	395,61	388,41	391,99	398,80	375,46	355,27
Lise ve dengi	271	293,94	319,79	291,14	303,86	312,91	302,32	309,57	321,05	310,96
Üniversite	35	421,40	350,97	417,57	395,89	383,39	**459,24**	382,64	390,69	380,70
Lisansüstü	6	345,25	394,67	367,33	422,08	359,75	406,50	371,00	414,75	417,25
Toplam	700									

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında p=0,000, hasta kabul hizmetleri de ise p= 0,011 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, eğitim ile tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme, diğer ve hasta kabul hizmetleri boyutları arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle hastanede verilen sağlık hizmetlerinin eğitim durumuna göre yatan hastaların memnuniyeti üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Meslek

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde meslekleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde

geliştirilen H2d hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde altı boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.29). Araştırma bulgularının H2d'yi desteklemediği görülmüştür.

Tablo 4.29. Hastaların Meslekleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHG MP	Hasta Kabul	Servisler_ Fiziksel Koşullar	Doktor lar	Hemşir eler	Tedavi ve Bakım	Hastaned en Ayrılma	Genel Değerlen dirme	Diğer
Chi-Square	12,387	15,653	12,953	9,869	7,849	15,276	8,295	7,034	6,512
df	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Asymp. Sig.	0,089	**0,028**	0,073	0,196	0,346	**0,033**	0,307	0,425	0,481

a. Kruskal Wallis Test
b. Gruplandırma değişkeni: Meslek

Meslek		Hasta Kabul	Tedavi ve Bakım
	N	Ortalama Sırası	
Ev hanımı	419	**364,75**	331,30
Serbest	54	292,94	373,50
Memur	40	350,71	336,74
Öğrenci	20	**378,18**	**441,43**
Emekli	88	**363,99**	**392,33**
İşsiz	6	234,92	347,00
İşçi	4	315,13	300,50
Diğer	69	295,79	380,54
Toplam	700		

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.29) hasta kabul hizmetleri için p= 0,028 ve tedavi ve bakım için p=0,033 olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, hastaların meslekleri ile hasta kabul hizmetleri ile tedavi ve bakım arasındaki ilişkinin $p<0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgudan hareketle hasta kabul hizmetleri ile tedavi ve bakım uygulamasında meslek farklılıklarına göre memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Farklı meslek grubundaki hastalar arasında servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP ve doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal Güvence

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde sosyal güvenceleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2e hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde yedi boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.30). Araştırma bulgularının H2e'yi desteklemediği görülmüştür.

Tablo 4.30. Hastaların Sosyal Güvenceleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
Chi-Square	12,158	5,499	14,900	3,737	8,313	8,156	4,094	5,634	5,013
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	**0,033**	0,358	**0,011**	0,588	0,140	0,148	0,536	0,343	0,414

a. Kruskal Wallis Test
b. Gruplandırma değişkeni: Sosyal Güvence

Sosyal Güvence		YHGMP	Servisler_ Fiziksel Koşullar
	N	Ortalama Sırası	
Emekli Sandığı	80	**418,21**	**426,39**
SSK	332	336,31	331,59
Bağkur	146	350,65	353,09
Resmi	40	329,31	350,58
Yesilkart	94	357,07	345,20
Ücretli	8	288,19	390,88
Toplam	700		

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.30) YHGMP için p=0,033 ve servisler ve fiziksel koşullar için p=0,011olduğu görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, hastaların sosyal güvenceleri ile yatan hasta genel memnuniyetinin ve servisler/fiziksel koşullar arasındaki ilişkinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz.

Sosyal güvenceleri farklı hastalar arasında tedavi ve bakım, hasta kabul hizmetleri, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Gelir

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde gelirleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2f hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde altı boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.31). Araştırma bulgularının H2f'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. Sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.31) hasta kabul hizmetleri için p=0,001ve tedavi ve bakım için p=0,031 olduğu görülmekte ve bu değerler 0,05'den küçük olduğu için, hastaların gelirleri ile hasta kabul hizmetleri ve tedavi ve bakım hizmetlerinin p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz.

Gelir düzeyleri farklı hastalar arasında servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında Asymp. Sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.31. Hastaların Gelirleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastanedeen Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
Chi-Square	2,764	18,425	8,240	8,081	8,960	10,670	12,746	1,335	5,223
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	0,598	**0,001**	0,083	0,089	0,062	**0,031**	0,013	0,855	0,265

a. Kruskal Wallis Test
b. Gruplandırma değişkeni: Gelir

Gelir		Hasta Kabul	Tedavi ve Bakım
	N	Ortalama Sırası	Ortalama Sırası
150 ve altı	3	**406,50**	149,00
150-300 arası	10	260,80	258,15
300-500 arası	84	341,57	350,51
500-1000 arası	412	374,27	340,77
1000 +	191	306,98	**379,49**
Toplam	700		

Hastaneyi Tercih Sebebi

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hastaneyi tercih sebepleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2g hipotezinin Kruskal Wallis testine göre değerlendirmesinde altı boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.32). Araştırma bulgularının H2g'yi desteklemediği görülmüştür.

Asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.32) hasta kabul için p=0,000, servisler ve fiziksel koşullar için p=0,001 ve YHGMP için de p=0,005 olduğu görülmekte ve bu değerler 0,05'den küçük olduğu için, hastaların hastaneyi tercih sebepleri ile hasta kabul, servisler-fiziksel koşullar ve YHGMP boyutlarının p<0,05

düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz.

Tablo 4.32. Hastaların Hastaneyi Tercih Sebepleri ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHG MP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktor lar	Hemşir eler	Tedavi ve Bakım	Hastaned en Ayrılma	Genel Değerlen dirme	Diğer
Chi-Square	16,819	26,441	21,013	7,925	6,647	14,499	3,847	7,259	5,680
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	**0,005**	**0,000**	**0,001**	0,160	0,248	0,013	0,572	0,202	0,339

a. Kruskal Wallis Test b. Gruplandırma değişkeni: Tercih Sebebi

Tercih Sebebi		YHGMP	Hasta Kabul	Servisler Fiziksel Koşullar
	N	Ortalama Sırası		
Tanıdık Sağlık Pers	46	355,16	290,79	345,88
Ekonomik Sağlık Hizmeti	40	**426,60**	**344,93**	422,14
Hızlı ve Güvenilir Sağlık Hiz.	28	**429,16**	240,66	**440,52**
Ulaşım Kolaylığı	484	334,31	373,19	331,01
Kaliteli Sağlık Hizmeti	41	409,02	305,13	418,06
Tavsiye	61	350,10	300,08	374,93
Toplam	700			

Tercih sebebi farklı hasta grupları arasında tedavi ve bakım, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında asymp. sig. anlamlılık değerinin $p>0,05$ olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Daha Önce Gelme Durumu

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hastaneye daha önce gelmeleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2h hipotezinin Mann-Whitney U testine göre

değerlendirmesinde yedi boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.33). Araştırma bulgularının H2h'yi desteklemediği görülmüştür.

Tablo 4.33. Hastaların Hastaneye Daha Önce Gelme Durumları ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
Mann-Whitney U *	19.323,	16.678, 0	18.415,	20.784,	19.134,	18.876,	19.153,500	20.266,	18.840,
Wilcoxon W *	220.618,	18.889,	219.710,	222.079,500	21.345,	220.171,500	21.364,	22.477,	21.051,
Z	-1,033	-2,835	-1,621	-0,093	-1,200	-1,355	-1,213	-0,453	-1,392
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,301	**0,005**	0,105	0,926	0,230	0,175	0,225	0,650	0,164

a. Gruplandırma değişkeni: Daha Önce Gelme

* Hesaplanan Değerlerin sonundan üç basamak çıkarılmıştır

Daha Önce Gelme		Hasta Kabul
	N	Ortalama Sırası
Evet	634	**357,19**
Hayır	66	286,20
Toplam	700	

Hastaların hastaneye daha önce gelme durumları ile yataklı servis hizmet kalite boyutlarının hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir farklılık vardır biçiminde geliştirilen hipotezin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesinde asymp. sig. anlamlılık değerinin hasta kabul boyutu için p=0,005 olduğu (Tablo 4.33) görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, hastaların hastaneye daha önce gelme durumları ile hasta kabul hizmet boyutunda p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz.

Hastane hizmetlerinden daha önce yararlanalar ile yararlanmayanlar arasında tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında asymp. sig. anlamlılık değerinin p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Geldiği Yer

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hastaneye geldiği yer ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2ı hipotezinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirmesinde altı boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.34). Araştırma bulgularının H2ı'yı desteklemediği görülmüştür.

Hastaların hastaneye Ankara ilinden gelip gelmeme durumları ile yataklı servis hizmet kalite boyutlarının hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir farklılık vardır biçiminde geliştirilen hipotezin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesinde asymp. sig. anlamlılık değerinin (tablo 4.34) hasta kabul boyutu için p=0,022, servisler ve fiziksel koşullar boyutu içinde p=0,026 olduğu tablo 4.34'te görülmektedir. Bu değer 0,05'den küçük olduğu için, hastaların Ankara ilinden gelme durumları ile hasta kabul hizmet boyutunda ve servisler ve fiziksel koşullar p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz

Tablo 4.34. Hastaların Geldikleri Yer ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHG MP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktor lar	Hemşir eler	Tedavi ve Bakım	Hastaned en Ayrılma	Genel Değerlen dirme	Diğer
Mann-Whitney U *	5.307,	5.126,	5.123,	6.368,	5.802,	6.166,	6.117,	6.463,	6.853,
Wilcoxon W *	236.167,	5.357,	235.983,	237.228,	236.662,	237.026,	236.977,	237.323,	237.713,
Z	-2,018	-2,292	-2,223	-0,881	-1,527	-1,094	-1,190	-0,788	-0,317
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,044	**0,022**	**0,026**	0,379	0,127	0,274	0,234	0,430	0,751

a. Gruplandırma değişkeni: Geldiği Yer

* Hesaplanan Değerlerin sonundan üç basamak çıkarılmıştır

Geldiği Yer		Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar
	N	Ortalama Sırası	
Ankara	679	**353,45**	347,54
Ankara dışı	21	255,12	**446,05**
Toplam	700		

Asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.34) YHGMP, doktorlar, hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hizmet Aldığı Klinik

"Yatarak hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde hizmet aldığı klinik ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında anlamlı bir farklılık vardır" biçiminde geliştirilen H2i hipotezinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirmesinde dört boyut bakımından fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.35). Araştırma bulgularının H2i'yi desteklemediği görülmüştür.

Tablo 4.35. Hastaların Hizmet Aldığı Klinik ile Hizmet Kalitesi Boyutlarının Memnuniyet Üzerinde Etki Farklılıkları

	YHGMP	Hasta Kabul	Servisler/ Fiziksel Koşullar	Doktorlar	Hemşireler	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme	Diğer
Mann-Whitney U *	51.016,	52.149,	52.815,	46.852,	52.449,	42.942,	46.936,	48.391,	52.290,
Wilcoxon W *	77.812,	78.945,	79.611,	73.648,	79.245,	69.738,	73.732,	75.187,0	79.086,
Z	-1,267	-0,838	-0,544	-3,072	-0,718	-4,623	-3,084	-2,482	-0,781
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,205	0,402	0,586	**0,002**	0,473	**0,000**	**0,002**	**0,013**	0,435

a. Gruplandırma değişkeni: Klinik Branş

* Hesaplanan Değerlerin sonundan üç basamak çıkarılmıştır

Klinik Branş		Doktorlar	Tedavi ve Bakım	Hastaneden Ayrılma	Genel Değerlendirme
	N	Ortalama Sırası			
Dahili	231	318,82	301,90	319,19	325,48
Cerrahi	469	**366,10**	**374,44**	**365,92**	**362,82**
Toplam	231				

Hastaların hizmet aldığı klinik durumları ile yataklı servis hizmet kalite boyutlarının hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir farklılık vardır biçiminde geliştirilen hipotezin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesinde asymp. sig. anlamlılık değerinin (tablo 4.35) doktorlar için p=0,002, tedavi ve bakım için

p=0,000, hastaneden ayrılma için p=0,002 ve genel değerlendirme boyutları için p=0,013 olduğu görülmektedir (Tablo 4.35). Bu değerler 0,05'den küçük olduğu için, doktor, tedavi ve bakım için, hastaneden ayrılma için ve genel değerlendirme boyutları p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz.

Asymp. sig. anlamlılık değerinin (Tablo 4.35) YHGMP, hasta kabul, ünite ve fiziksel koşullar, hemşireler ve diğer boyutlarında p>0,05 olmasından dolayı istatistiki açıdan anlamlı fark bulunamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.13.3.Türkiye'ye Yönelik Bulgular

Sağlık Bakanlığının temsilcisi illerdeki İl Sağlık Müdürlükleri olup, ildeki sağlık hizmetinin idare ve sevkinden sorumludurlar. Bu görevler Sağlık Müdürlüklerine Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge ile verilmiştir. Kalite çalışmaları kapsamında, Sağlık Müdürlükleri bulundukları ilde Kalite Koordinatörlüklerince, her dönem o ilde bulunan tüm kurumları (Entegre ilçe hastaneleri hariç) ilgili dönem sonuna kadar Hizmet Kalitesi Standartları Rehberi çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak Hizmet Kalite Katsayısını belirlemektedir. Hizmet Kalite Standartları Rehberi 21 ana yaklaşık 380 alt bileşenden oluşmaktadır. Poliklinik hizmetleri, laboratuar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, ameliyathane, klinikler, yoğun bakım üniteleri, diyaliz hizmetleri, acil servis hizmetleri, ambulans ve ambulans hizmetleri, eczane hizmetleri, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, hasta ve çalışan güvenliği, kurumsal hizmet yönetimi, hastane bilgi sistemi, hasta kayıtları ve dosyası, arşiv, tesis yönetimi ve güvenlik, depolar, mutfak, çamaşırhane ve morg hizmetleri standardın ana başlıklarıdır. Hastaneler bu standartlarla asgari düzeyde sorgulanmaktadır.

Kurumlar, Sağlık Bakanlığı tarafından soruları belirlenen anketleri kurum hizmetlerinden yararlanan hasta ve/veya yakınlarına uygulayarak, ilgili dönem için kendi kurumlarına ait memnuniyet katsayısını tespit etmektedirler.

Tablo 4.36. Türkiye Geneli Korelasyon Analizi

Türkiye Geneli		Memnuniyet Katsayısı	Hizmet Kalite Katsayısı
Memnuniyet Katsayısı	Pearson Correlation	1	,939(**)
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	612	612
Hizmet Kalite Katsayısı	Pearson Correlation	,939(**)	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	612	612

** Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlı

Sağlık Bakanlığınca hazırlanan, 2. ve 3. basamak devlet hastanelerinde kurumlar tarafından uygulanan "memnuniyet anket katsayısı" ve İl Sağlık Müdürlüklerinin kurumları değerlendirmeleri sonucunda verdikleri "hizmet kalite katsayısı" arasında ilişkinin yönü ve derecesini belirlemek amaçlı yapılan korelasyon analizinde hasta memnuniyeti ile hizmet kalite değerlendirmeleri arasında pozitif ve güçlü yönde ilişki bulunmuştur (Tablo 4.36).

"Hastanelerin hizmet kalitesi ile, hastaların memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır" biçiminde gerçekleştirilen H3 hipotezi yapılan korelasyon analizi ile desteklenmektedir.

Hizmet Kalitesi Standartları Rehberi çerçevesinde değerlendirilmeye tabi tutulan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde değerlendirme sonucu belirlenen hizmet kalite katsayısı, kurumun kendisinin tespit ettiği memnuniyet katsayısı ve kurum performansının diğer bileşenlerine ait veriler şu şekildedir.

Kurumsal performans katsayısı = [Memnuniyet katsayısı *((ayakta hasta memnuniyet katsayısı + yatan hasta memnuniyet katsayısı) / 2)* + Hizmet kalite katsayısı + Muayene erişim katsayısı + Kurum verimlilik katsayısı] /4

Kurumsal performans katsayısı = [0,92 *((0,93+0,9) /2)* + 0,95 + 1 + 0,93] /4= 0,95

Araştırmamızdan elde edilen ayakta ve yatan hastaya ait memnuniyet puanlarını bakanlık puanına dönüştürüp kurumun performans puanını yeniden

hesapladığımızda, Kurumsal performans katsayısı = [**0,81** ***((0,78+0,83)*** */2)* + 0,95 + 1 + 0,93] /4= **0,92'** dir. Memnuniyet katsayısında oluşan 0,11' lik fark kurumun performans puanı üzerinde 0,03'lük eksilmeye yol açmıştır.

4.14. TARTIŞMA

Hasta memnuniyeti hastanelerde daha kaliteli hizmet verilmesi konusunda temel alanlardan birisidir. Hizmet kalitesinin hastanede hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerine etkisini görmek amaçlı yapılan bu araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular ilgili çalışma sonuçları ve literatür bilgisi doğrultusunda 3 bölüm halinde tartışılmıştır.

1. Ayakta Hizmet Alan Hastaya İlişkin:

Ayakta hasta memnuniyet anketine 700 kişi katılmıştır. Ayakta Hasta Memnuniyet Puanı 98,22 bulunmuş ve bu puanı bakanlık endeksine göre dönüştürüldüğünde de endekse göre dönüştürülmüş memnuniyet puanı ise 78 bulunmuştur (Tablo 4.5). Araştırmanın yürütüldüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi doğrultusunda uygulamış olduğu Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anketi 2009 yılı İkinci Dönem Katsayısı ise 0,93' dür. Bakanlık puanı ile dönüştürülmüş memnuniyet puanı arasında 15 puan fark bulunmaktadır. Ancak araştırma sonucunda elde edilen puanla, bakanlık anketinin uygulanması sonucu elde edilen puan Ayakta Hasta Memnuniyet Gruplamasında (Tablo 4.6) yerine konulduğunda hastaların hastanede verilen hizmetlerden "memnun" oldukları görülmektedir. Ayakta Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı yapıldığında da aynı sonuç gözlenmektedir (Tablo 4.7).

Ayakta hasta memnuniyetinde "hasta bilgilendirmesi" memnuniyete en fazla katkı ve etki sağlayan boyuttur (Tablo 4.8-4.9). Hasta bilgilendirmesinde meydana gelen bir birimlik artış ayakta hasta genel memnuniyetini en fazla etkilemektedir.

Bahse konu bulgular neticesinde, hastaya hastalığı, ilaçlarını nasıl kullanacağı, hekimini nasıl seçebileceği yada sorduğu sorulara aldığı cevap oranında bilgilendirmenin yapılması ile hasta memnuniyetinin arttırılabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu kadınlar (% 68) oluşturmaktadır (Tablo 4.4). Hastaların kadın yada erkek olmaları memnuniyetleri üzerinde ulaşılabilirlik, genel, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, genel boyutlarında ve ayakta hasta genel memnuniyetinde etkili değildir. Hasta bilgilendirmesi ve personel davranışı ise cinsiyete göre memnuniyet üzerinde farklılık göstermektedir. Hasta bilgilendirmesi ve personel davranışında kadınların daha memnun oldukları görülmektedir. (Tablo 4.10). Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (Yılmaz, 2001: 72). Taylor (1994), cinsiyetin hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir değişken olduğu bazı araştırmacılar tarafından söylense de, genel kanı cinsiyetin kesin sınırlarla hasta memnuniyeti ile ilişkili olmadığı doğrultusundadır. Türkiye'de Tengilimoğlunun (1996) yapmış olduğu bir çalışmada cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların % 31,7'si gibi çoğunluğunu 36-45 yaş grubunda olan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4.4). Farklı yaş grubundaki hastaların memnuniyetleri üzerinde ulaşılabilirlik, genel, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam boyutlarında ve ayakta hasta genel memnuniyetinde etkili değildir. Hasta bilgilendirmesi ve personel davranışı ise yaşa göre memnuniyet üzerinde farklılık göstermektedir (Tablo 4.11). Bulgular değerlendirildiğinde personelin hastaya davranış şekli ile bilgilendirmenin hastaların memnuniyeti üzerinde farklı yaş grupları arasında farklı etki yarattıkları söylenebilir. 55 yaş üstü hastaların, personel davranışı ve hasta bilgilendirmesi boyutlarında alt yaş grubundaki hastalara göre daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları, 36-45 yaş arasındaki hastaların ise en çok personel davranışından etkilendikleri ve tablonun genelinde ise hasta memnuniyetinde yaş artışı ile beraber hassasiyetin azalmakta olduğu söylenebilir.

İlgili araştırmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Erdem ve arkadaşları tarafından hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisine yönelik araştırmada yaşın hasta memnuniyeti üzerinde etkili olmadığı (Erdem, 2008: 102), Ünalan ve arkadaşlarının poliklinik hastalarına yönelik yaptığı araştırmada 58 yaş ve üzeri hastaların memnuniyet düzeyleri yüksek olmakla birlikte istatistiki açıdan bir farklılık yaratmadığı (Ünalan ve ark., 2008: 92) kaydedilmiştir. Bir başka çalışmada ise yaş grupları içinde "55 yaşından büyük olma" memnun olma olasılığının "16-25" yaş grubuna göre 2.88 kat arttırmakta (Taşdemir ve Hayran, 2001: 461) olduğundan söz edilmiştir

Araştırmaya katılan hastaların çoğu ilkokul mezunudur (% 38,9) (Tablo 4.4). Hastalar arasında ulaşılabilirlik ve hasta bilgilendirme eğitim durumuna göre memnuniyet üzerinde farklılık göstermemektedir. Personel davranışı, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam ve hastaneyi başkalarına tavsiye etme ile ayakta hasta genel memnuniyetinde eğitim durumuna göre memnuniyet üzerinde farklılık göstermektedir (Tablo 4.12). İstatistiksel farklılığa AHGMP ve bekleme süresi açısından okuryazar olmayanların, beklenen fiziki ortam açısından okuryazar olmayan ile lise ve dengi okul mezunlarının, personel davranışı açısından lisansüstü eğitim almış olanların, son olarak genel boyutunun içinde yer alan hastaneyi tavsiye etmede ise ilkokul ile lise ve dengi okul mezunu olanlardan kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmada lise mezunu hastaların, beklenen fiziki ortam boyutunda farklı eğitim seviyesindeki hastalara göre daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları, okuryazar olmayan hastaların ise beklenen fiziki ortam ve personel davranışı boyutunda daha olumsuz değerlendirmeler yaptıkları söylenebilir. Memnuniyetsiz kitlenin gözlem sayısının az olması dikkat çekicidir. İlgili çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı çalışmalar da hastaların memnuniyet düzeyleri eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir. Eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetinde arttığı (Kısa ve ark., 2001: 433) ifade edilmiş bazılarında ise eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin azaldığı ancak gruplar arasındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı görülmediği, eğitim düzeyinin memnuniyete etki yapmadığı (Ünalan ve ark., 2008: 52; Apay ve Aslan, 2009: 242) ifade edilmiştir.

Farklı meslek grubundaki hastalar arasında personel davranışının ve hasta bilgilendirmesinin memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.13). Ev hanımları, % 56,4 ile araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu oluşturmaktadır (Tablo 4.4). Meslek grubu farklı hastalar arasında ulaşılabilirlik, genel, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam ve ayakta hasta genel memnuniyetinde farklılık bulunmamıştır. İstatistiksel farklılığa personel davranışında memurlar, hasta bilgilendirmesinde ise işsizler ile memurlardan kaynaklandığı söylenebilir. Meslek farklılıklarında memnuniyeti etkileyen en önemli unsur personel davranışı ve personel davranışından en memnun hasta grubunun memurlar olduğu görülmektedir. Hasta bilgilendirmesinde memnun işsiz grubun gözlem sayısının az olması dikkat çekicidir. Türker ve arkadaşlarının 2007 yılında İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde "yatarak tedavi gören hastaların hemşirelik uygulamalarına yönelik memnuniyet düzeyleri" araştırmalarında işsizlerin meslek grupları içerisinde en memnun grup olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Türker, 2009: 244).

Sosyal güvenceleri farklı hastalar arasında ulaşılabilirlik ve hasta bilgilendirmesinde memnuniyet üzerinde fark bulunamamış; hastaneyi tavsiye etme, beklenen fiziki ortam, AHGMP ve personel davranışının ise memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.14). Bulgular incelendiğinde istatistiksel farklılığa AHGMP, bekleme süresi ve genel için yeşilkart'lı hastaların, beklenen fiziki ortam için Bağ-Kur'lu hastaların ve personel davranışı içinde resmi kurumlardan gelen hastaların neden olduğu söylenebilir. Sosyal güvence farklılıkların da memnuniyeti etkileyen en önemli unsur yeşilkart'lı-Bağ-kur'lu ve resmi sevkli hastalar olduğu görülmektedir. Yapılan bu araştırmada ayakta hastaların genel özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.4), hastaların % 46,7'si SSK'ya, % 21,6'sı Bağ-kur'a bağlı olması ve hastaların büyük bölümünün sosyal güvencelerin bulunmasının, araştırmanın sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Memnuniyetsiz grubun gözlem sayısının az olması dikkat çekicidir. Esatoğlu'nun İbni Sina Hastanesinde yaptığı çalışmada hastaların sosyal güvencelerinin hasta memnuniyetinde en az bir boyutta farklılık göstermediği (Esatoğlu, 1997: 161), başka bir araştırmada ise sosyal güvencenin memnuniyet üzerinde etkisinin olmadığı sonucu bulunmuştur (Apay ve Arslan, 2009: 242).

Farklı gelire sahip hastaların memnuniyetleri üzerinde personel davranışı, beklenen fiziki ortam, bekleme süresi ve genel boyutu farklılık göstermekte; AHGMP, ulaşılabilirlik ve hasta bilgilendirmesinde ise fark göstermektedir (Tablo 4.15). Hastaların eve giren aylık gelirleri tablo 4.4'den incelendiğinde büyük bir kısmı olan % 63,9'unun eve giren aylık geliri 500-1000 lira arasındadır. İstatistiksel farklılığa bekleme süresi için eve giren aylık geliri 300-500 lira olan hastalar, beklenen fiziki ortam, bekleme süresi ve genel için 150 lira ve altında eve giren aylık geliri olan hastaların neden olduğu söylenebilir. Yapılan bu araştırmada, 300 lira altında geliri olan hastaların gözlem sayısının az olması dikkat çekici olmakla birlikte gelir seviyesi düşük olan hastaların hizmetlerden memnuniyetlerinin yüksek olmasının nedeni beklentilerinin düşüklüğünden kaynaklandığı söylenebilir. Esatoğlu'nun araştırması bunu desteklemektedir. Esatoğlu yatan hastalar yaptığı çalışmasında gelir düzeyi düşük olan hasta grubunun değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu belirtmiştir (Esatoğlu, 1997: 161). Ercan ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada poliklinik hizmetlerinin sunumunda benzer sonuç bulunmuştur (Ercan ve ark., 2004: 166).

Araştırmaya katılan hastaların % 78,3'ü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesini, en fazla ulaşım kolaylığı yüzünden tercih etmişlerdir (Tablo 4.4). Tercih sebebi farklı hasta grupları arasında AHGMP, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, personel davranışı ve genel boyutlarının memnuniyete etkisi arasında fark bulunamamış iken ulaşım ve hasta bilgilendirmesi boyutlarında fark bulunmuştur (Tablo 4.16). Farklılığa ulaşılabilirlik için tanıdık sağlık personeli, hasta bilgilendirmesinde ise hızlı ve güvenilir sağlık hizmetinin neden olduğu söylenebilir. Ünalan ve arkadaşları tarafından "Kayseri Devlet Hastanesi'nde Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu" isimli 229 hasta ile 2007 yılında yaptıkları çalışmada; hastaların hastaneyi sırasıyla iyi hizmet verilmesi, tavsiye, sosyal güvence, ulaşımın kolay olması, diğer sebepler ve ucuz olması nedeniyle tercih ettikleri saptanmıştır (Ünalan ve ark., 2008). Varinli ve Çakır (2004: 44) poliklinik hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların hastane tercihinde sırasıyla tavsiyenin ve geçmiş tecrübelerine bakarak hastaneyi tercih ettikleri saptanmıştır.

Hastaların hastaneye daha önce gelme durumlarının memnuniyetleri üzerinde, bekleme süresi, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi, genel ve ayakta hasta genel memnuniyetinde farklılık göstermektedir. Hastane hizmetlerinden daha önce yararlanalar ile yararlanmayan hastaların memnuniyetleri üzerinde ulaşılabilirlik ve beklenen fiziki ortam boyutlarında farklılık görülmemektedir (Tablo 4.17). Bulgular incelendiğinde istatistiksel farklılığa bekleme süresi, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi, genel ve ayakta hasta genel memnuniyetinde daha önce hastane hizmetlerinden faydalanan hastaların neden olduğu söylenebilse de, hastaların % 94'ünün daha önce gelmiş olmaları memnuniyetsiz kitlenin gözlem sayısının az olmasının araştırma sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Daha önce başka bir hastanede yatan hastalar, bilgilendirme yönünden geçmiş tecrübelerine göre bir değerlendirme yaptıklarında daha olumlu düşündükleri, bilgilendirme boyutu hariç bir başka hastanede yatan hastaların bekleme süresi, fiziksel koşullar, poliklinik hizmetleri ve beslenme hizmetleri boyutları hakkında hastaneye ilk kez yatan hastalara göre daha olumlusuz düşündükleri sonucuna varılmıştır (Esatoğlu, 1997: 189).

Hastaların farklı ilerden gelmesinin memnuniyetleri üzerinde AHGMP, ulaşılabilirlik, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve genel boyutu için farklılık göstermemektedir (Tablo 4.18). Hastaların memnuniyet durumları etkilenmemektedir. Daha önce yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların geldiği ilin memnuniyet üzerinde etkisi üzerine bir araştırmaya rastlanamamıştır. Yapılan bu araştırmada ayakta hastaların genel özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.4), Ankara ili dışından gelen hastaların % 1,7'lik dilimi oluşturmasının araştırma sonucunu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların % 59,3'ü cerrahi polikliniklerde hizmet almışlardır (Tablo 4.4). Farklı polikliniklerden hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde AHGMP, ulaşılabilirlik, bekleme süresi, beklenen fiziki ortam, personel davranışı, hasta bilgilendirmesi ve genel boyutu için farklılık görülmemektedir (Tablo 4.19). Daha önce yapılan araştırmalar incelendiğinde hizmet alınan polikliniğin memnuniyet üzerinde etkisi üzerine bir araştırmaya rastlanamamıştır.

Yapılan bu araştırmada, poliklinik hizmet boyutlarında hastaların memnuniyetlerini tedavi oldukları poliklinik etkilememektedir. Araştırmaya acil ünitesi dahil edildiğinde farklı sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir.

2. Yatarak Hizmet Alan Hastaya İlişkin:

Yatan hasta memnuniyet anketine 700 kişi katılmıştır. Yatan Hasta Memnuniyet Puanı 216 bulunmuş ve bu puanı bakanlık endeksine göre dönüştürüldüğünde de endekse göre dönüştürülmüş memnuniyet puanı ise 83 bulunmuştur (Tablo 4.21). Araştırmanın yürütüldüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi doğrultusunda uygulamış olduğu Yataklı ünite Hizmetleri Değerlendirme Anketi 2009 yılı İkinci Dönem Katsayısı ise 0,90'dır. Araştırma sonucunda elde edilen puanla, bakanlık anketinin uygulanması sonucu elde edilen puan Yatan Hasta Memnuniyet Gruplamasında (Tablo 4.22) yerine konulduğunda hastaların hastanede verilen hizmetlerden "çok memnun" oldukları görülmektedir. Yatan Hasta Memnuniyet Grup Dağılımı yapıldığında da aynı sonuç gözlenmektedir (Tablo 4.23). Ancak Bakanlık puanı ile dönüştürülmüş memnuniyet puanı arasında 7 puan fark bulunmaktadır.

Yatan hasta memnuniyetinde "servisler ve fiziksel koşullar" ile memnuniyete en fazla katkı (0,891) ve etki (0,342)sağlayan boyuttur (Tablo 4.24-4.25). Servisler ve fiziksel koşullarda meydana gelen bir birimlik artış yatan hasta genel memnuniyetini en fazla etkilemektedir. Bahse konu bulgular neticesinde, servislerin düzeni, hasta odası ve hasta odasında kullanılan malzemelerin temizliği, tuvalet ve banyoların temizliği, hastane yemek hizmetlerinin kalitesi, gürültünün olmaması, ve hastaların kendini güvende hissetmesi ile hasta memnuniyetinin arttırılabileceği değerlendirilmektedir.

Hastaların cinsiyetleri memnuniyetleri üzerinde tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP ve hasta kabul hizmetlerini değerlendirmelerinde farklılık göstermekte iken doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında ise farklılık göstermemektedir (Tablo 4.26). Araştırmaya katılan hastaların % 67,4'ünü kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 4.20). Farklılıklara hasta

kabul hizmetleri için kadınların, tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP için ise erkeklerin neden olduğu söylenebilir. Rafii ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 250 hasta ile yapılan araştırmada ise erkek hastaların hastane hizmetlerinden kadınlara göre daha fazla memnun oldukları (Rafii ve ark., 2009: 75), Hayit'in yapmış olduğu çalışmada kadın hastaların erkek hastalara nazaran, servislerdeki hizmetlerden memnun olmadıkları (Hayit, 2009), Nesanır ve Dinç tarafından yapılan araştırmada ise cinsiyetin sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerinde cinsiyetin etkili olmadığı görülmüştür (Nesanır ve Dinç, 2008: 427).

Farklı yaş grubundaki hastalar arasında YHGMP, servisler ve fiziksel koşullar, doktorlar, hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma ve genel değerlendirme ve hasta kabul hizmeti boyutlarında memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.27). Araştırmaya katılan hastaların % 5,4'ü 16-25, % 23,3'ü 26-35, % 28,9'u 36-45, % 14,9'u 46-55, % 15,6'sı 56-65, % 9,1'i 66-75 ve % 2,9'u 76 yaş ve üzerindeki grubu oluşturmaktadır. Hastaların çoğunluğunu 36-45 yaş grubunun hastaların oluşturduğu görülmektedir (Tablo 4.20). Hastanede verilen hizmetlerin hastaların memnuniyeti üzerinde farklı yaş grupları arasında farklı etki yarattıkları, istatistiksel farklılığa ise 66 yaş üstü hastaların neden oldukları söylenebilir. 76 yaş üstü hastaların, tüm boyutlarda alt yaş grubundaki hastalara göre daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları, genelde ise hasta memnuniyetinde yaş artışı ile beraber hassasiyetin azalmakta olduğu söylenebilir. Hasta memnuniyeti üzerine yapılan ilgili araştırmalarda, yaş ile hasta memnuniyeti arasında bir güçlü bir korelasyon olduğu (Cohen, ve ark.1996: 843; Hall and Dornan, 1990:815) ve hizmetlerden yaşlı hastaların gençlere göre daha fazla memnun oldukları belirtilmiştir (Hall and Dornan, 1990: 817).

Hastaların eğitimleri memnuniyetleri üzerinde YHGMP, servisler ve fiziksel koşullar, doktorlar, hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma ve genel değerlendirme ve hasta kabul hizmetlerini değerlendirmelerinde farklılık göstermektedir (Tablo 4.28). Araştırmaya katılan hastaların % 9,7'si okuma ve yazma bilmemekte, % 3'ü okuryazar, % 31,3'ü ilkokul, % 11,4'ü ortaokul ve % 38,7'si lise ve dengi, % 5'i üniversite, %0,9'u da en az lisansüstü eğitim almışlardır.

Yataklı hizmetlerden yararlanan hastaların çoğunluğunu lise ve dengi okul mezunu hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4.20). Memnuniyetteki farklılığa tedavi ve bakım hizmeti açısından üniversite mezunu, servisler ve fiziksel koşullar, hasta kabul hizmetleri, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme, YHGMP ve diğer hizmetler açısından ise okuryazar olmayan hastalardan kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmada üniversite mezunu hastaların, tedavi ve bakım boyutunda farklı eğitim seviyesindeki hastalara göre, okuryazar olmayan hastaların ise YHGMP, servisler ve fiziksel koşullar, hasta kabul hizmetleri, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer hizmetlerde daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir. Bu araştırmada memnun kitlenin gözlem sayısının az olması dikkat çekicidir. Hall ve Dornan (1990: 817) tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyi ve hasta memnuniyeti arasında negatif bir korelasyon olduğu, eğitim düzeyi düşük hastaların, eğitim düzeyi yüksek hastalara göre aldıkları hizmetten daha memnun kaldıkları, eğitim düzeyi yüksek hastaların hastane hizmetlerinden memnuniyetlerinin azaldığı (Erdem ve ark., 2008:104; Aksakal ve Bilgili, 2008: 247) ortaya çıkmıştır. Literatür çalışmalarında farklı sonuçlar elde edilse de genel kanı eğitim seviyesindeki artışın memnuniyeti olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Farklı meslek grubundaki hastalar arasında servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP ve doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarının memnuniyet üzerinde farklılık göstermediği, hasta kabul hizmetleri ile tedavi ve bakım uygulamasında ise meslek memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.29). Hastaların memnuniyetlerindeki farklılık hasta kabul hizmetleri ile tedavi ve bakımda öğrencilerden kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmaya katılan yatan hastaların genel özellikleri incelendiğinde (tablo 4.20), hastaların büyük çoğunluğunu ev hanımlarının oluşturması dikkat çekicidir. Apay ve Arslan (2009: 242) tarafından üniversite hastanesinde 473 hasta ile yapılan bir araştırmada hastaların mesleklerinin memnuniyetleri üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.

Hastaların farklı sosyal güvenceye sahip olmaları memnuniyetleri üzerinde yatan hasta genel memnuniyetinde ve servisler/fiziksel koşullar boyutunda farklılık yaratmakta iken, tedavi ve bakım, hasta kabul hizmetleri, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında ise farklılık yaratmamaktadır. Sosyal güvence farklılıkların da memnuniyeti etkileyen en önemli unsurun emekli sandığı hastaları olduğu görülmektedir (tablo 4.30). Emekli sandığı hastalarının yaş ortalamalarının yüksek olduğu düşünüldüğünde memnuniyetlerinin diğer gruplara göre yüksel olması normal görülebilir. Yatan hastaların genel özellikleri incelendiğinde (tablo 4.20), hastaların % 47,4'ünün SSK'lı, % 20,9'unun Bağ-kur'lu bağlı olması ve hastaların büyük bölümünün sosyal güvencelerin bulunmasının, araştırmanın sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Memnuniyetsiz grubun gözlem sayısının az olması dikkat çekicidir. Ercan ve arkadaşlarının "Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi" isimli çalışmada hastaların sosyal güvencelerine göre memnuniyetler incelendiğinde, Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahip olanların Bağ-Kur, SSK ve diğer sosyal güvenceye sahip olanlardan memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Ercan ve ark., 2004: 166).

Farklı gelire sahip hastaların memnuniyetleri üzerinde servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutları farklılık göstermemekte iken, hasta kabul hizmetleri ve tedavi ve bakım hizmetlerinde farklılık göstermektedir (Tablo 4.31). Hastaların memnuniyet değerlendirmesindeki bu farklılığın hasta kabul için eve giren aylık geliri 150 lira ve altında olan hastalar, tedavi ve bakım boyutunda ise 1000 lira ve üzeri gelire sahip olan hastalardan kaynaklandığı söylenebilir. Erdem ve arkadaşlarının (2008: 102) çalışmasında gelir düzeyinin hasta memnuniyetinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür. Hall ve Dornan' ın çalışmasında da gelirle hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Hall ve Dornan, 1990: 817). Yapılan bu araştırmada, gelir seviyesi yüksek olan hastaların tedavi ve bakım hizmetlerinde, hasta kabul hizmetlerinde ise gelir seviyesi düşük olan hastaların memnuniyet durumlarının yüksek çıkması literatür ile uyumlu sonuçlar göstermemektedir.

Araştırma da dar gelirli hastaların gözlem grubunda gözlem sayısının az olması dikkat çekicidir (Tablo 4.20).

Tercih sebebi farklı hasta grupları arasında hasta kabul, servisler-fiziksel koşullar ve YHGMP boyutlarında memnuniyete etkisi arasında fark bulunmuş iken, tedavi ve bakım, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında fark bulunmamıştır (Tablo 4.32). Farklılığa YHGMP' da hızlı ve güvenilir sağlık hizmeti ilk sırada olmak üzere ikinci olarak ekonomik sağlık hizmeti, hasta kabul hizmeti için ekonomik sağlık hizmeti, servisler-fiziksel koşullar için ise hızlı ve güvenilir sağlık hizmetinin neden olduğu söylenebilir. Yapılan bu araştırmada, yatan hastaların genel özellikleri incelendiğinde (tablo 4.20) hastaların % 69,1'i hastaneyi ulaşım kolaylığı yüzünden tercih etmiştir. Bal ve arkadaşlarının "Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi" isimli 2002 yılında 428 hasta ile yaptıkları çalışmada; hastaların sosyal güvence ve verilen hizmetin iyi olması nedeniyle hastaneyi tercih ettikleri saptanmıştır (Bal ve ark., 2002). Hastaların devlet hastanelerini tercih etmede en önemli kriterin sağlık güvencesi, özel ve üniversite hastanelerini tercih etmede en önemli nedenin ise daha iyi hizmet sunulması olarak belirlenmiştir (Nesanır ve Dinç, 2008: 422). Yapılan bazı çalışmalarda da hasta memnuniyetinin hastaların hastaneyi tekrar tercih etme ve başkalarına tavsiye etme kararları üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Varinli ve Çakır, 2004).

Hastane hizmetlerinden daha önce yararlanalar ile yararlanmayan hastaların memnuniyetleri üzerinde hasta kabul hizmeti boyutunda farklılık göstermekte iken, tedavi ve bakım, servisler ve fiziksel koşullar, YHGMP, doktorlar, hemşireler, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında farklılık göstermemektedir (Tablo 4.33). Hastaların memnuniyet değerlendirmeleri üzerindeki farklılığa hasta kabul hizmetinde daha önce hastane hizmetlerinden faydalanan hastaların neden olduğu söylenebilse de, hastaların % 90,6'sının (tablo 4.20) araştırmanın yapıldığı hastaneye daha önce gelmiş olmaları ve memnuniyetsiz kitlenin gözlem sayısının az olmasının araştırma sonucunu etkilediği

düşünülmektedir. Daha önce gelen hastaların memnuniyetlerinin yüksek olmasının nedeninin hastaların hizmete erişimde zorlanmamalarından, prosedürleri bilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda, hastaların, ikinci veya üçüncü kez sağlık hizmetlerinden yararlanmak için, doktora başvurularında, birbirlerinden farklı beklentileri olduğu görülmektedir. Bu hastaların sağlık personeline karşı daha anlayışlı oldukları gözlenmiştir. Hastaların ikinci kez doktorlarını görmeye gittiklerinde, onların zamanını fazlaca almak istememe tarzındaki yaklaşımları bu duruma örnek verilmektedir (Lewis, 1994: 663; Esatoğlu, 1997: 169).

Hastaların farklı illerden gelmesinin memnuniyetleri üzerinde hasta kabul ve servisler ve fiziksel koşullar boyutunda farklılık göstermekte iken, YHGMP, doktorlar, hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer boyutlarında farklılık göstermemektedir (Tablo 4.34). Yapılan bu araştırmada, hastaneye Ankara ilinden gelen hastaların % 97'lik (Tablo 4.20) dilimi oluşturmasının araştırma sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Daha önce yapılan araştırmalar incelendiğinde yatan hastaların geldiği ilin memnuniyet üzerinde etkisi üzerine bir araştırmaya rastlanamamıştır. Tükel ve arkadaşlarının (2004) Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde yatan hastalar üzerine yaptıkları memnuniyet araştırmasında, araştırma grubunun ikametgâh yerlerine göre memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, il, ilçe ve köyde yaşayanların büyük bir çoğunluğunun doktorların kendilerine karşı tutum ve davranışlarından memnun kaldıkları sonucuna ulaşmışlardır.

Yattıkları farklı kliniklerden hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde doktor davranışı, tedavi ve bakım için, hastaneden ayrılma için ve genel değerlendirme boyutları için farklılık görülmekte iken, YHGMP, hasta kabul, ünite ve fiziksel koşullar, hemşire davranışı ve diğer boyutlarında farklılık göstermemektedir (Tablo 4.35). Hastaların memnuniyet değerlendirmelerinde farklılık çıkan tüm boyutlarda cerrahi servislerde tedavi gören hastaların neden olduğu söylenebilmektedir. Yapılan bu araştırmada cerrahi klinikte hizmet alan hastaların % 67'lik dilimi oluşturduğu görülmektedir (Tablo 4.20). Dahili hastalıklar

da ise hizmet alan hastaların hastaneye/hekime bağlılıkları hastalıklarından ötürü devamlıdır. Örneğin bir şeker hastasının kontrol için düzenli aralıklarla hekime gelmesi gerekmektedir. Bu bağlılığın memnuniyet üzerinde olumlu yönde etki yapacağı düşünülürken araştırmada cerrahi servislerde hizmet alan hastaların memnuniyeti yüksek çıkmıştır. Bu yüksekliğin nedeni, cerrahi hastalıklarda tedavinin son şeklinin cerrahi yöntem olması ve hastanın iyileşeceğine olan inancından kaynaklandığı düşünülmektedir. Daha önce yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların hizmet aldığı kliniğin memnuniyet üzerinde etkisi üzerine bir araştırmaya rastlanamamıştır. Ancak Apay ve Arslan (2009: 242) tarafından cerrahi kliniklerde yatan hastalar üzerine yaptıkları bir araştırmada, hastaların yatmış oldukları kliniklere göre memnuniyet derecelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların Beyin Cerrahisi Kliniği'nde büyük operasyonlara maruz kalmalarından dolayı daha fazla stres altında olmaları nedeniyle beklenti düzeylerinin de daha yüksek olabileceği ifade edilmiştir.

3. Türkiye'ye İlişkin:

Sağlık Bakanlığına bağlı 612 hastanenin hizmet kalite katsayısı ile memnuniyet katsayıları korele edildiğinde, hastanelerin hizmet kalitesi ile, hastaların memnuniyeti arasında güçlü yönde ve anlamlı (0,939) bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.36). Hastanelerin hizmet kalitesini yükseltmek amaçlı yaptığı iyileştirmeler hastaların memnuniyetini arttırmaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede hizmet kalite standartları çerçevesinde değerlendirici ekip tarafından verilen hizmet kalite katsayısı 0,95'dir. Katsayının yüksekliğinin sunulan hizmet kalitesiyle orantılı olduğu düşünülmektedir. Ankara Hastanenin hizmet kalitesini yükseltmek amaçlı yaptığı çalışmalar hastaların memnuniyetine de yansımış ve kurumun memnuniyet katsayısı 0,92 olarak beyan edilmiştir. Araştırma sonuçlarıyla kurumun ölçümleri sonucunda memnuniyet katsayıları arasında oluşan 0,11 'lik farkın, memnuniyet ölçümünü yapan taraftan

kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanın tedavi ve bakımı bitmeden yapılan memnuniyet ölçümlerinin sonucu etkilediği düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada temel amaç hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırmada elde edilen sonuçlar 3 bölüm halinde aşağıda sıralanmıştır.

1- Ayakta Hastaya İlişkin Sonuçlar

Ayakta hasta memnuniyet anketi 700 kişiye uygulanmış ve memnuniyet puanı 98 bulunmuştur. Bu puanı bakanlık endeksine göre dönüştürdüğümüz de endekse göre dönüştürülmüş memnuniyet puanı ise 78 dir. Bu sonuç, hastaların hastane hizmetlerinden memnun olduklarını göstermektedir (Tablo 4.7).

Boyutlar ve memnuniyet arasındaki ilişkinin derece ve yönünü belirleyebilmek amaçlı yapılan korelasyon analizinde ve memnuniyete en çok katkı sağlayan boyut 0,906 ile hasta bilgilendirmesidir (Tablo 4.8). Memnuniyet üzerinde boyutların etkisini görmek amacıyla yapılan regresyon analizinde ise hasta memnuniyeti üzerinde tüm boyutların pozitif yönde etkisi olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyeti üzerinde en fazla etkiye sahip olan boyut 0,406 ile hasta bilgilendirmesidir (Tablo 4.9). Hastanın doktorunu kendisinin seçebilmesi, doktorun hastalığını dinleyip sorduğu sorulara anlayacağı şekilde cevap vermesi, verdiği tedaviyi nasıl uygulayacağını açıkça anlatması ve doktor dışındaki personelin ilgisi hastanın memnuniyeti üzerinde olumlu etki yaratarak memnuniyetlerini arttırdığı belirlendi.

Ayakta hizmet alan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyet üzerinde etki farklılıklarına yönelik bulunan sonuçlar şu şekildedir: Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitimleri, meslekleri, sosyal güvenceleri, hastaneyi tercih sebepleri, hastaneye daha önce gelme durumları, geldikleri yer ve hizmet aldıkları polikliniklerin farklı olması memnuniyetleri üzerinde etki yaratmamaktadır.

2- Yatan Hastaya İlişkin Sonuçlar

Yatan hasta memnuniyet anketi 700 kişiye uygulanmış ve memnuniyet puanı 216 bulunmuştur. Bu puanı bakanlık endeksine göre dönüştürdüğümüz de endekse göre dönüştürülmüş memnuniyet puanı ise 83 tür. Bu sonuç, hastaların hastanenin klinik hizmetlerinden çok memnun olduklarını göstermektedir (Tablo 4.23).

Boyutlar ve memnuniyet arasındaki ilişkinin derece ve yönünü belirleyebilmek amaçlı yapılan korelasyon analizinde memnuniyete en çok kakı sağlayan boyut 0,891 ile servisler ve fiziksel koşullardır (Tablo 4.24). Memnuniyet üzerinde boyutların etkisini görmek amacıyla yapılan regresyon analizinde, hasta memnuniyeti üzerinde tüm boyutların pozitif yönde etkisi olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyeti üzerinde en fazla etkiye sahip olan boyut 0,342 ile servisler ve fiziksel koşullardır (Tablo 4.25). Hastaların hizmet aldıkları hastanenin, servisin ve kaldıkları odanın temiz ve düzenli olması, yeterli havalandırmanın yapılması, banyo ve tuvaletlerin temizliği, yemeklerin tatlarının lezzetli ve çeşidinin zengin olması, yemek sunumu yapanların tavır ve davranışlarının güzel olması, rahatsız edici gürültünün olmaması ve hastaların hizmet aldıkları süre içerisinde kendilerini güvende hissetmeleri memnuniyetleri üzerinde olumlu etki yaratarak memnuniyetlerini arttırdığı belirlenmiştir.

Yatarak hizmet alan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyet üzerinde etki farklılıklarına yönelik bulunan sonuçlar şu şekildedir:

Hastaların cinsiyeti, meslekleri, sosyal güvenceleri, hastaneyi tercih sebepleri, hastaneye daha önce gelme durumları, geldikleri yer ve hizmet aldıkları kliniklerin farklı olması memnuniyetleri üzerinde etki yaratmamakta iken yaş ve eğitim farklılıkları etki yaratmaktadır.

Yatarak hizmet alan hastaların yaş gruplarına göre (16-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66-75, 76+) memnuniyetleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında tüm boyutlarda fark gösterdiği bulunmuştur. Hastanede verilen hizmetlerin

değerlendirmesinde yaşın memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği ve araştırma bulgularının araştırma hipotezi H2b'yi desteklediği görülmüştür (Tablo 4.27).

Hastaların yaş gruplarına göre, hasta kabul hizmetlerini değerlendirmelerinde, 66 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer beş yaş grubu arasında fark olduğu ve daha yaşlı hastaların daha genç gruptaki hastalara göre daha olumlu yönde değerlendirmeler yaptıkları görülmüştür.

Hastaların yaş gruplarına göre, servisler ve fiziksel koşullardaki hizmetleri değerlendirmelerinde, 66 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer beş yaş grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, daha yaşlı hastaların servisler ve fiziksel koşullardaki hizmeti daha genç gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde değerlendirmeler yaptıklarını göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre, doktor davranışıyla ilgili değerlendirmelerinde, 66 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer beş yaş grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, daha yaşlı hastaların doktor davranışıyla ilgili hizmeti daha genç gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde değerlendirmeler yaptıklarını göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre, hemşire davranışıyla ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, 66 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer beş yaş grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, daha yaşlı hastaların hemşire davranışıyla ilgili hizmeti daha genç gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde görüş belirttiklerini göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre tedavi ve bakım hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerinde, 76 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer altı yaş grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, yaşlı hastaların tedavi ve bakım hizmetleri ile ilgili hizmeti daha genç gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde görüşe sahip olduklarını göstermektedir. Tedavi ve bakım hizmetlerinde 16-25 yaş grubu hastalar, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 ve 66-75 yaş grubundaki hastalara göre daha olumlu değerlendirmeler yapmışlardır.

Hastaların yaş gruplarına göre hastaneden ayrılma işlemleri ile ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, 76 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer altı yaş grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, yaşlı hastaların hastaneden ayrılma işlemleri ile ilgili hizmeti daha genç gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde değerlendirmeler yaptıklarını göstermektedir. Hastaneden ayrılma işlemleri 16-25 yaş grubu hastalar, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 ve 66-75 yaş grubundaki hastalara göre daha olumlu görüşe sahip olduklarının sonucudur.

Hastaların yaş gruplarına göre genel değerlendirme ile ilgili değerlendirmelerinde, 66 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer beş yaş grubu arasında fark olduğu, daha genç hastaların daha olumsuz yönde değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir.

Hastaların yaş gruplarına göre diğer boyutu içinde yer alan hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, 66 yaş ve üstündeki hastalar ile diğer beş yaş grubu arasında fark olduğu, daha yaşlı hastaların daha genç gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde görüş bildirdiklerini göstermektedir.

Araştırmanın, hastaların yaş özelliklerini dikkate alarak inceleyen bölümün sonuçları, daha yaşlı hastaların hastanede yatışları süresince aldıkları hizmetlerde diğer yaş grubundaki hastalara göre genellikle daha olumlu değerlendirmeler yaptıklarını göstermektedir ve yaş yükseldikçe memnuniyetin yükseldiği izlenmektedir.

Yatarak hizmet alan hastaların eğitim durumlarına göre (Okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve dengi, üniversite, lisansüstü) memnuniyetleri ile hizmet kalitesi boyutlarının etkisi arasında tüm boyutlarda fark gösterdiği bulunmuştur. Hastanede verilen hizmetlerin değerlendirilmesinde eğitimin yatan hastaların memnuniyeti üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmış ve araştırma bulgularının araştırma hipotezi H2c'yi desteklediği görülmüştür (Tablo 4.28).

Hastaların eğitim durumlarına göre, hasta kabul hizmetlerini değerlendirmelerinde, okuryazar olmayan hastalar ile diğer altı eğitim grubu arasında

fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, okuryazar olmayan hastaların hasta kabul hizmetleri ile ilgili eğitimli gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde değerlendirmeler yaptıklarını göstermektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, servisler ve fiziksel koşullardaki hizmetleri değerlendirmelerinde, okuryazar olmayan hastalar ile okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve dengi, üniversite, lisansüstü eğitim almış hastalar arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, okuryazar olmayan hastaların servisler ve fiziksel koşullardaki hizmetleri değerlendirmelerinde eğitimli gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde görüş bildirdiklerini göstermektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, doktor davranışları ile ilgili değerlendirmelerinde, okuryazar olmayan hastalar ile okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve dengi, üniversite, lisansüstü eğitim almış hastalar arasında fark olduğu bulunmuş ve bu sonuç okuryazar olmayan hastaların doktor davranışını değerlendirmelerinde eğitimli gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde görüşe sahip olduklarını göstermektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, hemşire davranışları ile ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, okuryazar olmayan hastalar ile diğer altı eğitim grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların hemşire davranışını daha olumsuz düşündüklerini göstermektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, tedavi ve bakım hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerinde, üniversite mezunu hastalar ile okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve dengi ve lisansüstü eğitim grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Ayrıca okuryazar olmayan hastaların okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve dengi ve lisansüstü eğitim grubunda yer alan hastalara göre tedavi ve bakım hizmetleri değerlendirmelerinde fark bulunmuş ve bu hizmetlerden daha memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların eğitim durumlarına göre, hastaneden ayrılma işlemleri ile ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, okuryazar olmayan hastalar ile okuryazar, ilkokul,

ortaokul, lise ve dengi, üniversite ve lisansüstü eğitim almış hastalar arasında fark olduğu bulunmuş ve bu sonuç okuryazar olmayan hastaların hastaneden ayrılma işlemleri ile ilgili değerlendirmelerinde eğitimli gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde görüşe sahip olduklarını göstermektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, genel değerlendirme ile ilgili değerlendirmelerinde, okuryazar olmayan hastalar ile diğer altı eğitim grubu arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların genel değerlendirme ile ilgili değerlendirmelerinde daha olumsuz düşündüklerini göstermektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, diğer boyutu içinde yer alan hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, okuryazar olmayan hastalar ile okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve dengi, üniversite ve lisansüstü eğitim almış hastalar arasında fark olduğu bulunmuş ve bu sonuç okuryazar olmayan hastaların diğer boyutunda yer alan hizmetler ile ilgili değerlendirmelerinde eğitimli gruptaki hastalara göre, daha olumlu yönde görüşe sahip olduklarını göstermektedir.

Araştırmanın, hastaların eğitim durumlarını dikkate alarak inceleyen bölümün sonuçları, eğitim düzeyi düşük olan hastaların değerlendirmeleri, genellikle eğitim düzeyi yüksek olan hastalara göre daha olumludur. Bu sonuçlar, hastaların eğitim düzeyi düştükçe hastane hizmetlerini değerlendirme boyutları ile ilgili daha olumlu yönde görüş ifade ettiklerini göstermektedir.

3- Türkiye'ye İlişkin Sonuçlar

Sağlık Bakanlığınca hazırlanan, ikinci basamak devlet ve üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanelerinde kurumlar tarafından uygulanan "memnuniyet anket katsayısı" ve İl Sağlık Müdürlüklerinin kurumları değerlendirmeleri sonucunda verdikleri "hizmet kalite katsayısı" arasında ilişkinin yönü ve derecesini belirlemek amaçlı yapılan korelasyon analizinde 612 hastanenin hasta memnuniyeti ile hizmet kalite değerlendirmeleri arasında pozitif ve güçlü yönde (0,939) ilişki bulunmuş ve

(Tablo 4.36) araştırma bulgularının araştırma hipotezi H3'ü desteklediği görülmüştür.

Araştırma sonuçlarıyla uygulama araştırmanın yürütüldüğü hastanenin memnuniyet ölçümleri arasında farklılık bulunmuştur.

Hizmet kalitesinin düzeyini belirlemede en önemli faktörün hasta olduğu düşünülmektedir. Hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının kaliteye yön verdiği ve hasta isteklerinin sürekli değiştiği düşünüldüğünde hizmet kalitesinin de bu doğrultuda gelişebilmesi için memnuniyet ölçümleri kurumlar tarafından sistematik olarak yapılmalı ve çözüm yolları geliştirilmelidir. Bu araştırmada, hastanelerin daha kaliteli hizmet sunumunu sağlayabilmeleri için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda, yatan kadın hastaların hastane hizmetlerini daha olumsuz değerlendirdikleri ortaya çıkmıştır. İş hayatı, ev idaresi, çocukların bakımı ve sorumluluğu ve kadının kadın rolünden ötürü sosyal rollerinin çok fazla olmasının getirdiği aşırı rol yüklenme kadınların pek çok şeyi bir arada düşünmesine ve değerlendirmesine neden olabilmektedir. Bu değerlendirmeler ise kadınların kendilerine sunulan hizmetten memnun olma derecesini de etkileyebilmektedir. Hastane idarecilerinin, özellikle otelcilik hizmetlerinde, kadınların bu titiz değerlendirme özelliğini dikkate alarak hizmet sunmaları kadınların memnuniyetinin artmasını sağlayabilecektir.

2. Yatan hastalar üzerine yapılan bu araştırma sonucunda, hastaların yaş gruplarına göre memnuniyetleri ile hizmet boyutlarının etkisi arasında farklılık bulunmuştur. Yaş artışı ile birlikte hassasiyet azalmakta ve memnuniyetin arttığı görülmektedir. Yaşlı hastaların memnuniyetlerinin daha genç gruptaki hastalara göre fazla oluşunda beklentinin rolü, algılama düzeyi, toplumun geleneklerinden gelen yaşlılara özgü yaklaşımdan kaynaklandığı öngörülmektedir. Hastane hizmetlerinin sunumunda beklentisi yüksek olan yaş grubuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

3. Yatan hastaların eğitim durumlarına göre hastane hizmetlerini değerlendirmelerinde farklılık bulunmuş ve eğitim seviyesi düşük olan hastaların

hizmetlerden daha memnun oldukları görülmüştür. Eğitim seviyesinin düşüklüğü, hizmet sunucuları ile alıcıları arasında bilgi asimetrisi uçurumunu yükseltmektedir. Eğitimli hastaların beklentilerinin fazla olması, bilgiye erişmedeki kolaylığın artması, kıyaslama yapabilme ve alternatif tedavi yöntemlerini bulabilme imkânlarının eğitimsiz hastalara göre fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Genellikle eğitim düzeyi yüksek olan hastaların belirli bir meslekleri, bu mesleğe bağlı olarak edindikleri gelirleri ve sosyal güvenceleri vardır. Hastane idarecileri genellikle düşük memnuniyet sergileyen bu hasta grubunun memnuniyet derecesini yükseltebilmek amaçlı çalışmalarda bulunmalıdır. Kurum çalışanlarına iletişime yönelik yetişkin eğitim programları hazırlanabilir.

4. Araştırmanın yürütüldüğü hastaneyi hastaların büyük çoğunluğu ulaşım kolaylığı yüzünden tercih etmişlerdir. Bu göstergenin sağlık hizmetlerini planlayıcıları için önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık hizmetinin yapısal özelliğinden dolayı ertelenemez olması, sağlık hizmeti planlayıcılarının hastanenin kuruluş yeri seçiminde fizibilite çalışmalarına gerekli hassasiyeti göstermeleri açısından önemlidir. Araştırmada, hastaların hastaneyi tercih sebebinde ulaşılabilirlik en yüksek paya sahip olsa da il dışından gelen hastaların sayısının az olması dikkat çekicidir. Bunun yetişkin insan gücü dağılımındaki nedenlerden, özellikle hekim, kaynaklandığı düşünülebilir. Araştırmanın yapıldığı hastanede spesifik olanlarda da hizmet verilerek hizmet portföyünü çeşitlendirmesi önerilmektedir.

5. Memnuniyet anketlerinin gerçek zamanlı değil de hastanın tedavi ve bakımının sona erdikten bir hafta sonra uygulanmasının memnuniyet sonuçlarını etkileyebileceği ve hastalardan daha sağlıklı cevapların alınabileceği düşünülmektedir.

6. Memnuniyet anketlerinin, kurumların performans puanını belirleyen faktörlerden olması, bununda yine aynı kurumda dağıtılacak olan parayla ilişkilendirilmesi hastane idarecilerinin anketlere bakış açısını rasyonellikten uzaklaştırabilmekte, memnuniyetin puan ya da mali kazanç olarak görülmesine ve memnuniyet ölçümlerine gereken titizliğin gösterilmemesine sebep olabilmektedir. Kalite ve performansın sınırlarının ayrılıp, hasta memnuniyetinin performansı

belirleyen faktörlerin dışında tutulmasıyla hastane idarecilerinin memnuniyet anketlerine yaklaşım tarzını değiştireceği düşünülmektedir.

7. Hizmet sunumunda arzu edilen kalitenin sağlanabilmesi kaliteyi tanımlayan yazılı standartların oluşturulmasından geçmektedir. Sağlık hizmetinde arzu edilen bu kaliteyi yakalamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hizmet Kalite Standartlarının bakım kalitesini asgari düzeyde ölçtüğü düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, hastane performansının ölçülebilmesi ve bakım kalitesinin arttırılabilmesi için klinik etkinlik, güvenlik, hasta merkezlilik, verimlilik, çalışanların oryantasyonu ve duyarlı yönetim olmak üzere 6 anahtar kavram üzerinde uzlaşmıştır (http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf.). Bakım kalitesinin yükseltilmesi ise yanlış tedavi sayısı, yanlış taraf cerrahisine maruz kalan hasta sayısı, yanlış tanı, yanlış tanıya bağlı tedavinin gecikmesi, yanlış tanıya bağlı hastanede kalış gün sayısı, taburculuktan sonra geri dönüş oranı, düşmeler, yatak yaraları sıklığı, katatere bağlı gelişen enfeksiyon oranları, istenmeyen ilaç olayları gibi hasta bakım çıktılarının ölçülmesinden ve bulunan değerlerin raporlanmasından geçmektedir. Hizmet Kalite Standartlarının hasta bakım çıktılarını da kapsayacak şekilde revize edilmesinin hasta memnuniyetini ve sağlık hizmetinin sunum kalitesini arttıracağı düşünülmektedir. Bakım çıktılarının ölçülmeye başlanması ile hastane üzerinde hesap verilebilirliği azaltma yoluna gidilebilir. Örneğin, düşük gelirli hastaların taburculuktan sonraki ölüm oranları ölçülebilir. Farklılıkları doğru şekilde birleştirip kullanabilmek için hastaların sosyoekonomik durumlarına göre düzenlemeler yapılabilir.

8. Türkiye'de ulusal düzeyde oluşturulan Hizmet Kalite Standartlarının uluslararası standartlara uygunluk açısından geçerliliğinin değerlendirilmesinin sağlık hizmet kalitesinde iyileşme gerçekleştirebilmek amaçlı gerekli olduğu düşünülmektedir. Japonya, Hollanda, İngiltere, Kırgızistan, Mısır, Hong Hong gibi birçok ülke standartlarının geçerliliğini sağlayarak ülke içinde ve ülkeler arasında hizmet standartlarını daha güvenilir, geçerli ve uyumlu kılabilmiştir (ISQua, 2010).

KAYNAKÇA

AĞIRBAŞ, İ. (2002). Sağlık Kurumlarında Müşteri Tatmini. *TCDD Hastaneleri Tıp Bülteni*, **14(III)**.

AKALIN, E. (2002). Yoğun Bakımda Hizmet Kalitesi**.** *Yoğun Bakım Dergisi*, **2(Ek 1)**: 35-38.

AKGÜN, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi*, **44(527)**.

AKIN, G., (2004). Türkiye'de Yapılmış Hasta Memnuniyeti Araştırmalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

AKSAKAL, T., ve BİLGİLİ, N. (2008). Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, **30(4):** 242-249.

AKTAN, C. C., IŞIK, A. K. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Erişim:http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik degisim caginda/pdfaktan/sunum-alternatif.pdf, Erişim Tarihi: 05.03.2010.

APAY, S. E., ARSLAN, S. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TAF Prev. Med. Bull.,* **8(3)**: 239-244.

ASLANTEKİN, F., GÖKTAŞ, B., ULUŞEN, U., ERDEM, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2(6)**: 55-71

ASUNAKUTLU, T. Sağlık Hizmetlerinde Kalite. Erişim: http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf(05.03.2010), Erişim Tarihi:05.03.2010.

AYDIN, B. (2007). Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon: 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. .Erişim: http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf, Erişim Tarihi: 30.12.2009.

AYDIN, K. (2007). Hizmet İşletmelerinde Servqual Yöntemi ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli'ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması, Sosyal Siyaset Konferansları, 50.Kitabı, s: 1101-1130.

AYDIN, S. (2009). *Performans ve Kalite Stratejisi Yeni Yaklaşımlar,* Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, ed. KIRILMAZ, H., 19-21 Mart, Cilt: 1, Antalya.

AYRIÇAY, Y., UĞURLU, M. (2009). Kalite Yönetim Uygulamalarının Finansal Performans Üzerine Etkisi: Ampirik Bir Analiz. *Muhasebe ve Finansman Dergisi,* **(42)**: 169-179.

BAL, R., AYTEKİN, T., ÖZVERİ, H., AKDAŞ, A. (2001). *Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi.* Beşinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, ed. GÖKTÜRK, E., ŞAHİN, A., ODACIOĞLU, Y., Osmangazi Üniversitesi, 16-19 Ekim, Eskişehir.

BENDAPUDİ, N. M., BERRY, L. L., FREY, K. A., PARİSH, J. T., RAYBURN, W. L. (2006). Patients'Perspective on İdeal Physician Behaviors. *Mayo Foundadion for Medical Education and Research, Special Article,* **81(3)**: 338-344.

BOLTON, R. N., DREW, J. H. (1991). A Longitudinal Analysis of The Impact of Service Chances on Customer Attitudes. *Journal of Marketing,* **55(1)**: 1-9.

BOZDAĞ, N., ATAN, M., ALTAN, Ş. (2003). *Hizmet Sektöründe Toplam Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi ile Ölçümü ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama*. VI.Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu, Ankara: Gazi Üniversitesi Ekonometri Bölümü.

BÜLBÜL, H., DEMİRER, Ö. (2008). ***Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri SERVQUAL ve SERPERF'in Karşılaştırmalı Analizi.*** *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **(20)**: 181-198. Erişim: http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr:8080/577/1/HBULBUL-ODEMIRER.pdf , Erişim Tarihi: 24.10.2009.

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2002). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı,* İkinci Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık.

CHENG, S. H., YANG, M. C., CHIANG, T. L. (2003). Patient Satisfaction With and Recommendation of a Hospital: Effects Of Interpersonal and Technical Aspects of Hospital Care. *International Journal for Quality in Health Care*, **15(4)**: 345-355.

CHOİ, K. S., CHO, W. H., LEE, S., LEE, H., KİM, C. (2004). The Relationships Among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral İntention İn Health Care Provider Choice: A South Korean Study, *Journal of Business Research,* **(57)**: 913-921.

CHOİ, K. S., LEE, H., KİM, C., LEE, S. (2005). The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationship in South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types of Service, *The Journal of Services Marketing,* **19(3)**: 140-149.

COHEN, G., FORBES, J., GARRAWAY, M. (1996). Can Different Patient Satisfaction Survey Methods Yield Consistent Results? Comparison of Three Surveys, *BMJ,* **313**: 841-844.

CROW, R., GAGE, H., HAMPSON, S., HART, J., KİMBER, A., STOREY, L., THOMAS, H. (2002). The Measurement of Satisfaction With Healthcare: Implications For Practice From A Systematic Review of The Literature. *Health Technology Assessment,* 6(32).

ÇELİK, Y., AĞIRBAŞ, İ., TOP, M. (1999). TCDD Ankara Hastanesi'nde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler. II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, ed. ERSOY K., KAVUNCUBAŞI Ş., Haberal Eğitim Vakfı, 15-16 Mayıs, Ankara.

DEMİNG, W. E. (1996). *Krizden Çıkış.* Çev. Cem AKAŞ, İstanbul: Arçelik A.Ş.

DEBER, R. B., KRAETSCHMER, N., UROWİTZ, S., SHARPE, N. (2005). Patient, Consumer, Client, or Customer: What Do People Want To Be Called?. *Health Expectations,* **8(4)**: 345-351.

DEMİR, C., GÜÇLÜ, A., TEKE, A., ÇİMEN, M., FEDAİ, T., PEKER, S., KOSTİK, Z., AKTAN, H.T. (1999). GATA Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Tatmin Düzeyinin Saptanması. II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, ed. ERSOY K., KAVUNCUBAŞI Ş., Haberal Eğitim Vakfı, 15-16 Mayıs, Ankara.

DESOUZA, G. (1992). Designing A Customer Retention Plan. *The Journal of Business Strategy,* **13(2)**: 24-28.

DEVEBAKAN, N. (2005). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü.Erişim: http://www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.pdf, Erişim Tarihi: 05.03.2010.

DEVEBAKAN, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* **8(1)**: 120-149.

DONABEDİAN, A. (1990). Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med. Nov.,* **114(11)**: 1115-8.

DONABEDIAN, A., (1996), The Effectiveness of Quality Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *International Journal Quality of Health Care*, **8(4)**: 401–407.

EFİL, D. (1999). *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri,* İstanbul: Alfa Yayınları.

ELEREN, A., BEKTAŞ, Ç., GÖRMÜŞ, A. Ş. (2007). Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Hazır Yemek İşletmesinde Bir Uygulama. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar,* **44(514)**: 75-88.

ENGİZ, O. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde "Hasta Odaklı" Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri*. Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu. ed, ÇORUH, M., Haberal Eğitim Vakfı, 22-23 Ekim, Ankara.

ERCAN, İ., EDİZ, B.,KAN, İ. (2004). Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **11(3)**: 161-167.

ERDEM, R., RAHMAN, S., AVCI, L., DEMREL, B.,KÖSEOGLU, S., FIRAT, G.,KESİCİ, T., KIRMIZIGÜL, Ş.,ÜZEL, S., KUBAT, C. (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 31, Temmuz-Aralık 2008, ss: 95-110.

ERYILMAZ, B. (1999). *Kamu Yönetimi,* İstanbul: Erkam Matbaacılık.

ESATOĞLU, A.E. (1997). Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

ESATOĞLU, A.E., ARTUKOĞLU, A. (2000). Tıbbı Dokümantasyon Tarihi ve Tıbbı Dokümantasyon İle İlgili Meslekleşmenin Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı,* **1(1)**: 13-19.

FİTZPATRİC, R. (1991). Surveys of Patient Satisfaction: I-Important General Considerations. *BMJ,* **Vol: 302**: 887-889.

FORD, R. C., BACH, S. A., FOTTLER, M. D. (1997). Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organization. *Health Care Management Review*. **22(2)**: 74-89.

GARVİN, D. A. (1984). Product Quality: An İmportant Strategic Weapon. *Business Horizons*, **27(3)**: 40-43.

GEDİKLİ, C. (1998). Hastanelerde Hizmet Kalitesi Ve Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

GRONROOS, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing,* **18(4)**: 36-44.

HALL, J. A., Dornan, M. C. (1990). Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction With Medical Care. *Social Science and Medicine,* **30(7)**: 811-819.

HAYİT, A. (2009). Bursa Devlet Hastanesi Yataklı Servis Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Çalışma, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, ed. KIRILMAZ, H., 19-21 Mart, Cilt: 2, Antalya.

Helsinki Deklarasyonu (2008). Erişim: http://www.akademika.org/content.php?id=539, Erişim Tarihi: 28.08.2009.

HUMPHREYS J., Brunsen, B., Davis, D. (2005). Emotional Structure and Commitment: İmplications For Health Care Management. *Journal of Health Organization and Management,* **19(2)**: 120-129.

ISQUA. (2010). International Society for Quality in Health Care. Erişim: http://www.isqua.org, Erişim Tarihi: 06.04.2010.

JOHN, J. (1991). Improving Quality Through Patient-Provider Communication. *Journal of Health Care Marketing,* **11(4)**: 51-60.

JOHNSTON, R. (1995). The Determinants of Service Quality: Satisfier and Dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management,* **5(5):** 53-71.

KARTALOĞLU, Ç., HARMANCI, H., AYTEKİN, T., AKDAŞ, A. (2002). Dr. Siyami Ersek Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahi Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, ed. GÖKTÜRK, E., ŞAHİN, A., ODACIOĞLU, Y., Osmangazi Üniversitesi, 16-19 Ekim, Eskişehir.

KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,* Ankara: Siyasal Kitabevi.

KAYA, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme,* Ankara: Pelikan Yayınları.

KISA, A., BATUHAN, M., AKYALÇIN., KURBETLİ, M. (2001). Vardiyalı Çalışma Sistemini Uygulayan Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Bir Hastanede Hasta Memnuniyeti Araştırması. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 27-28 Eylül, İstanbul.

KOTLER, P. (2000). *Marketing Management Millenium Edition*. Tenth Edition, Prentice-Hall.

KOTLER, P. (2003). *Marketing Managemen.* Eleventh Edition, New Jersey, USA: Prentice Hall.

KUŞ, H. (2006). *Hastane Akreditasyonu*, Uluslarası Sağlıkta Kalite Akreditasyon Performans Yönetimi Kongresi, Antalya: 15–19 Kasım 2006.

LOVELOCK, C. and WİRTZ, J. (1999). *Principles of Service Marketing and Management,* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

LOVELOCK, C. and WİRTZ, J. (2004). *Services Marketing: People, Technology, Strategy,* New Jersey, USA: Prentice Hall.

LEWİS, J.R. (1994). Patient Views on Quality Care in General Practice :Literatüre Review. *Social Science And Medicine,* **39(5)**: 655-670.

MCLAUGHLIN, C.P., KALUZNY, A.D. (1990). Total Quality Management in Health: Making it Work. *Health Care Manage Rev.,* **15(3)**: 7-14.

MUCUK, İ. (2004). *Pazarlama İlkeleri,* İstanbul: Türkmen Kitabevi.

NAUMAN, E., JACKSON, W. D. (1999). One More Time: How Do You Satisfy Customers? *Business Horizons,* **42(3)**: 71-76.

NESANIR, N., DİNÇ, G. (2008). Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* **7(5)**: 419-428.

NEUMAN, L. W. (2008). *Toplumsal Araştırmalarda Nitel ve Nicel Yaklaşımlar,* (Çeviren Sedef Özge), 2. Basım, Yayın Odası.

ODABAŞI, Y., OYMAN, M. (2008). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması,* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

OECD. (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye -ISBN 978-975-590-282-1 - OECD ve IBRD/Dünya Bankası.

OMACHONU, V.K. (1990). Quality of Care and the Patient: New Criteria for Evoluation. *Health Care Menage Rev.,* **15(4)**: 43-50.

OTANİ, K. (2004) The Impact of Nursing Care and Other Healthcare Attributes on Hospitalized Patient Satisfaction and Behavioral Intentions. *Journal of Healthcare Management,* **49(3)**: 181-196.

ÖZGEN, H. (1995). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi,* "Hastaneler" Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, **10(69)**: 47-53.

ÖZSARI, H. S. (2002). Türkiye'de Sağlık Reformu Süreci ve Sağlık Enfermasyon Sistemleri ile İlişkisi. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı. ed. GÖKTÜRK, E., ŞAHİN, A., ODACIOĞLU, Y., Osmangazi Üniversitesi, 16-19 Ekim, Eskişehir.

ÖZTÜRK, S. A. (2009). *Hizmet Pazarlaması,* Dokuzuncu Baskı, Ekin Basın Yayın Dağıtım.

PARASURAMAN, A., ZEİTHAML, V. A. and BERRY, L. L. (1985). A Conseptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing,* **49(Fall)**: 41-50.

PARASURAMAN, A., ZEİTHAML, V. A. and BERRY, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing***, 64(1)**: 12-40.

PARASURAMAN, A., ZEİTHAML, V. A. and BERRY, L. L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Future Research. *Journal of Marketing,* s: 111-24.

PEŞKİRCİOĞLU, N. (1997). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları,* Ankara: MPM Yayınları, No: 620.

POWERS, T.L., BENDALL-LYON, D. (2003). The Satisfaction Score. *Marketing Health Services,* **23(3)**: 28-32.

RAFİİ F., HAJİNEZHAD, ME., HAGHANİ, H. (2009). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing.* **26(2)**: 75-84.

SARP, N. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Erişim: http://www.nilgunsarp.com/, Erişim Tarihi: 05.03.2010.

SARP, N., TÜKEL, B. (1999). *İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması.* Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyum Kitabı. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: Başkent Üniversitesi, 22-23 Ekim 1999.

SITZIA, J., and WOOD, N. (1997). Patıent Satısfactıon: A Revıew of Issues and Concepts. *Soc. Sci. Med.,* **45(12)**: 1829-1843.

SUN B., ADAMS J., BURSTİN H. (2001). Validating A Model of Patient Satisfaction With Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine,* **38**:527-532.

ŞAHİN, Ü. (1999). Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetim, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, ed. ERSOY K., KAVUNCUBAŞI Ş., Haberal Eğitim Vakfı, 15-16 Mayıs, Ankara.

ŞİMŞEK, M. (1998). *Kalite Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları, 2. Baskı.

TAŞDEMİR, M., HAYRAN, O. (2001). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. Bildiri Kitabı. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 27-28 Eylül, İstanbul.

TAYLOR, S. A. (1994). Distinguishing Service Quality From Patient Satisfaction İn Developing Health Care Marketing Strategies. *Hosp. and Hlth. Serv. Adm.,* **39(2)**: 221-236.

TAYLOR, S. A., Cronin, J. J. Jr. (1994). Modelling Patient Satisfaction and Service Quality. *Journal of Health Care Marketing,* **14(1)**: 34-44.

T.C. BAŞBAKANLIK Resmi Gazete: *Yataklı Tedavi Kurumları İsletme Yönetmeliği,* Tarih: 05.05.2005 Sayı: 25806.

T.C. BAŞBAKANLIK Resmi Gazete: *Dokuzuncu Kalkınma Planı,* Tarih: 01.07.2006, Sayı: 26215.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2003). ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulama Kılavuzu, Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü, Ankara.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, ISBN: 978-975-590-288-3.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2009). Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, ISBN: 978-975-590-299-9.

TEKE, A., UÇAR, M., DEMİR, C., ÇELEN, Ö., KARAALP, T. (2007). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6(4)**: 259-266.

TENEKECİOĞLU, B. (1992). *Makro Pazarlama,* Eskişehir: Met Yayıncılık.

TENGİLİMOĞLU, D. (1996). Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, ed. ÇORUH, M., Haberal Eğitim Vakfı, 1-2 Kasım, Ankara.

TENGİLİMOĞLU, D. (2001). *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler,* Ankara:Gazi Kitabevi.

THOMAS R. K. (2003). Treating Patients Like Customers. *Marketing Health Services,* **23(2)**: 38-43.

TOP, M. (1999). *Sağlık İhtiyacı, Talebi ve Kullanım Kavramlarına Genel ve Karşılaştırmalı Bir Bakış. Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi.* Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

TÖRTOP,C. (2005). Müşteri Memnuniyeti İçin 7 İpucu Erişim: http://www.plusvalue.net/yayinlarimiz/Musteri_Memnuniyeti/Musteri_Memnuniyeti_Icin_7_Ipucu, Erişim Tarihi: 24.03.2010.

TSE (TÜRK STANDARTLARI ENSTİTÜSÜ). (Tarihsiz). TS-EN-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notu, Ankara, TSE Yayınları.

TURNEL D. Paul and Louis G. Poll. (1995). Beyond Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing,* **15(3):** 45-53.

TÜKEL, B., ACUNER, AM., ÖNDER, ÖR., ÜZGÜL, A. (2004) Ankara Üniversitesi İbn–İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,***54(4):** 205-214.

TÜRKER, M., ERDOST, Ş., AYGÜN, P., Karagöz, G., NEYMEN, A., (2009). Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi. Uluslarası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Cilt 2, ed. KIRILMAZ, H., 19-21 Mart, Antalya.

UYGUÇ, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım,* İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

UZ, M.H. (1995). Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Deneyimleri. Sağlık

Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara

ÜNALAN, D., ÖZTÜRK, A., TOLGA, Y., TASDELEN, C., YAZLAK, Z., ÖĞÜT, E., GÜNDÜZ, E., ELMALI, F. (2008). Kayseri Devlet Hastanesi'nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **3(8)**: 86-98.

ÜNVER, Ö., GAMGAM, H. (2006). *Uygulamalı Temel İstatistik Yöntemler,* Ankara: Seçkin Yayıncılık, 4. Baskı.

VARİNLİ, İ. (1996). Üreticilerin ve Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Beklentileri ve Algılamaları, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kayseri.

VARİNLİ, İ., ÇAKIR, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Hakkındaki İlişki- Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 17/2: 33–52.

YEREBAKAN, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri,* İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.

YILDIRIM, R. G. (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Özel bir Hastanede İnceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

YILDIRIM, A., (2001). Kamu Sektöründe ISO-9000 ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

YILMAZ, C., YILMAZ, İ. (1999). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi. Haberal Eğitim Vakfı, 15-16 Mayıs, Ankara.

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

ZEBİENE, E., RAZGAUSKAS, E., BASYS, V., BAUBİNİENE, A., GUREVİCİUS, R., PADAİGA, Z. (2004). et al. Meeting Patient's Expectations İn Primary Care Consultations İn Lithuania. *İnternational Journal For Quality in Health Care,* **16(1)**: 83-89.

23/03/2007 tarihli ve 2542 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi

http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/QuestionsandAnswersCL.pdf, Erişim Tarihi: 24.11.2009.

http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf.
Measuring Hospital Performance To Improve The Quality Of Care In Europe: A Need For Clarifying The Concepts And Defining The Main Dimensions Report On A WHO Workshop Barcelona, Spain, 10- 11 January 2003, pp: 4-6. Erişim Tarihi: 26.11.2009.

http://www.ankarahastanesi.gov.tr/madpage.aspx?hst=2, Erişim Tarihi: 15.04.2010.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr, Erişim Tarihi: 15.04.2010.

http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=77, Erişim Tarihi: 28.08.2009.

EKLER

EK – 1. İzin Belgesi

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
"Eğitim, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Karar Defteri"

Toplantı No: **0318** **25.03.2009**

BAŞKAN
Prof.Dr.Ali Pekcan Demiröz
Başhekim

EPKK ASİL ÜYELERİ	EPKK YEDEK ÜYELERİ
Doç.Dr.Yalçın Aral* - YEK Başkanı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kinik Şefi	Doç.Dr.Yıldız Dallar Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi
Op.Dr.Erdal Samim I. K.B.B. Hastalıkları Klinik Şefi	Dr.Uğur Koşar I. Radyoloji Klinik Şefi
Doç.Dr.Gül Gürsoy III. İç Hastalıkları Klinik Şefi	Prof.Dr.Uğur Koçer I. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Klinik Şefi
Doç.Dr.Rüştü Cankon Germiyanoğlu II. Üroloji Klinik Şefi	Dr.Rezan Yorgancıoğlu I. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Klinik Şefi
Doç.Dr.Hüseyin Üstün Patoloji Laboratuvarı Klinik Şefi	Doç.Dr.Gürcan Aslan II. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Klinik Şefi

KARAR:

2378. Hizmet kalite standartlarının hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi. T.C.Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ve T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Doç.Dr.İsmail Ağırbaş, Ayşe Sibel Öksüz) çalışması. Prospektif çalışma. Çalışmanın protokol, usul, yaklaşım ve yöntem yönünden **"ETİK"** değerlendirmesinde **"UYGUN" "OLDUĞUNA"** / **"**[redacted]**" "OYBİRLİĞİ"** ile karar verilmiş ve araştırma için belirlenen uygulama, tetkik ve girişimlerin araştırma gurubunca karşılanması kaydı ile çalışmanın yapılmasına ve Hastanemiz arşiv bilgi ve belgelerinin kullanılmasına **"İZİN" "VERİLMİŞTİR" /** [redacted].

Doç.Dr.Yalçın Aral — Op.Dr.Erdal Samim — Doç.Dr.Gül Gürsoy

Doç.Dr.R.Cankon Germiyanoğlu — Doç.Dr.Hüseyin Üstün

Prof.Dr.Ali Pekcan Demiröz (96096)
Başhekim

EK – 2. Form 56 Verileri

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2009 Yılı Form -56 Verileri													
Hasta Yatağı Sayısı	Ayaktan Muayene Edilen Hasta Sayısı	Çıkan Hasta			Ameliyatlar					Doğum Sayıları			Yatak Doluluk
		Taburcu Olan	Ölen	Yatılan Gün Sayısı	A	B	C	D	E	Normal	Müdahaleli	Sezeryan	Oranı %
599	1691527	33685	680	199291	1031	6338	12891	18860	12975	667	234	724	91,2

EK-3

AYAKTA HASTA MEMNUNİYET ANKET FORMU

Değerli Hasta,

Bu anket, Ankara Hastanesinde hizmet aldığınız süre içerisinde size verilen hizmetlerle ilgili sizin duygu ve düşüncelerinizi öğrenmeye yöneliktir. Hastaneye müracaat eden bireylerin görüşlerinin tanımlanması amacıyla yapılan araştırmada kullanılacaktır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan bu ankete vereceğiniz cevapların içtenliği çalışmamız için oldukça önemlidir. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Ayşe Sibel ÖKSÜZ
Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Puanlama:
Aşağıda yer alan sorulara
Hiç Katılmıyorum seçeneği için: (1), Katılmıyorum seçeneği için: (2), Orta seçeneği için: (3), Katılıyorum seçeneği için: (4), Kesinlikle katılıyorum seçeneği için: (5) no'lu alanları işaretleyiniz.

(BİRİNCİ BÖLÜM)

ULAŞILABİLİRLİK

1) Hastaneye ulaşımım kolay oldu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

BEKLEME SÜRESİ

1) Muayene sırası almada zorluk çekmedim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Tetkik sonuçlarını bana söylenen zamanda aldım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Tetkik sonucunu aldıktan sonra doktora kontrol olmak için fazla zaman harcamadım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4) Muayene olmadan önce bürokratik işlemlere …. zaman harcadım	121 dk fazla	61-120 dk	41-60 dk	21-40 dk	0-20 dk

BEKLEME ALANI/FİZİKSEL ORTAM

1) Bekleme alanları yeterliydi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Muayene olduğum poliklinik odası genişti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Poliklinik odası düzenli ve temizdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4) Poliklinik tuvaletlerinin temizliği iyiydi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5) Yönlendirme levhaları anlaşılır şekilde düzenlenmişti.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

PERSONEL DAVRANIŞI

1) Doktorun yaklaşımı nazikti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Muayene odasında doktor kendisini tanıtarak oturmam için yer gösterdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Muayenem sırasında mahremiyetime dikkat edildi.(içeri kimse alınmadı vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

4)	Doktorun muayenesinden memnun kaldım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5)	Sağlık personeli dışındaki personelin davranışı iyiydi. (sekreter, temizlik, güvenlik personeli vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6)	Doktorun beni muayene etmesi ……. sürdü	5 dk	6-10 dk	11-15 dk	16-20 dk	21 dk fazla

HASTA BİLGİLENDİRME

1)	Doktorumu kendim seçebildim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2)	Doktor hastalığımı dinleyip, hastalığımla ilgili sorulara anlayacağım şekilde cevap verdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3)	Doktor bana verdiği tedaviyi nasıl uygulayacağımı açıkça anlattı.(ilaç kullanımı, egzersizler vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4)	Doktor sorularımı sözümü kesmeden sonuna kadar dikkatli ve ilgili (başka işle ilgilenmeden) dinledi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5)	Başka bir doktora da muayene olmayı düşünmüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6)	Doktor dışı personele soru sorduğumda cevap verip yönlendirdiler. (röntgen teknisyeni, hemşire, kan alan personel, sekreter, temizlik, güvenlik personeli vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7)	Hasta Hakları konusunda bilgilendirildim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8)	Hastaneyle iletişime geçebileceğim telefon/iletişim adresi verildi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

GENEL

1)	Bu hastanede verilen hizmetleri göz önünde bulundurarak başka bir yakınıma hastaneyi öneririm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

(İKİNCİ BÖLÜM)

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek 2. Yaşınız: .....

3. Eğitim Durumu ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Lise ve dengi ☐ Lisansüstü
☐ Okur yazar ☐ Orta ☐ Üniversite

4. Meslek: ..... 6. Geldiğiniz .....

5. Sosyal Güvenceniz: ☐ Emekli Sandığı ☐ Bağkur ☐ Yeşilkart } SGK ☐ Ücretli ☐ Özel Sigorta
☐ SSK ☐ Resmi ☐ Diğer

7. Eve Giren Aylık Geliriniz ☐ 150 lira ve altı ☐ 300-500 lira arası ☐ 1000 lira üzeri
☐ 150-300 lira arası ☐ 500- 1000 lira arası

8. Hastaneyi Tercih Nedeniniz ☐ Tanıdık Sağlık Personeli ☐ Ulaşım Kolaylığı
☐ Ekonomik Sağlık Hizmeti ☐ Kaliteli Sağlık Hizmeti ☐ .....
☐ Hızlı ve Güvenilir Sağlık Hizmeti ☐ Tavsiye

9. Bu Hastaneye Daha Önce Geldiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

TARİH: ...../...../..... ANKETİN DOLDURULMA SÜRESİ:..... POLİKLİNİK ADI: .....

EK-4

YATAN HASTA MEMNUNİYET ANKET FORMU

Değerli Hasta,

Bu anket, Ankara Hastanesinde hizmet aldığınız süre içerisinde size verilen hizmetlerle ilgili sizin duygu ve düşüncelerinizi öğrenmeye yöneliktir. Hastaneye müracaat eden bireylerin görüşlerinin tanımlanması amacıyla yapılan araştırmada kullanılacaktır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan bu ankete vereceğiniz cevapların içtenliği çalışmamız için oldukça önemlidir. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Ayşe Sibel ÖKSÜZ
Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Puanlama:
Aşağıda yer alan sorulara
Hiç Katılmıyorum seçeneği için: (1), Katılmıyorum seçeneği için: (2), Orta seçeneği için: (3), Katılıyorum seçeneği için: (4), Kesinlikle katılıyorum seçeneği için: (5) no'lu alanları işaretleyiniz.

(BİRİNCİ BÖLÜM)

HASTA KABUL

1) Yatan hasta kabul birimine başvurduğumda yapacağım işlemleri biliyordum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Yatış işlemlerinin tamamlanması için … bekledim.	*4 saatten fazla*	*2-4 saat*	*1-2 saat*	*1 saatten az*	*Beklemedim*

3)	Yatış işlemlerini yapan görevli bana karşı ilgili ve nazikti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4)	Yatış işlemleri sırasında hastane kuralları hakkında bilgilendirildim.(sigara içme, vizit saati vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5)	Hastaneye yatış işlemi yaptıktan sonra odaya yerleşinceye kadar geçen süreyi uzun buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

SERVİSLER/FİZİKSEL KOŞULLAR

1)	Servise ilk girdiğim anda düzenli ve özenli bir hava hissettim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2)	Yattığım odanın temizliğinden memnun kaldım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3)	Yattığım oda düzenli şekilde temizleniyordu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4)	Yatak takımları temizdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5)	Kullandığım tuvaletler temizdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6)	Kullandığım banyolar temizdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7)	Genel olarak hastane temizliği iyiydi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8)	Hastanenin havalandırması genel olarak iyiydi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9)	Yemeklerin tatları iyiydi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10)	Yemekler çeşit bakımından zengindi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11)	Yemekleri servis yapanların tavır ve davranışları güzeldi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12)	Yattığım odada gürültüye maruz kalmadım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13)	Hastanede yatarken güvenlik açısından kendimi rahat hissettim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

DOKTORLAR

1)	Benim için önemli olan sorulara doktor tarafından anlayacağım şekilde cevap verildi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2)	Hastalığım hakkında doktor beni yeteri kadar bilgilendirdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3)	Tedavim süresince doktoruma ihtiyaç duyduğum kolay zaman ulaşabildim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4)	Doktor beni günde en az 1 kez ziyaret etti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5)	Yapılacak işlemler (tetkik, tedavi vb.) hakkında doktorum beni bilgilendirdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6)	Doktorun vermiş olduğu tedavi ve eğitimle, evdeki bakımımı yapabileceğimi düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

HEMŞİRE/HEMŞİR

1) Hastanenin genel kuralları (ziyaret, banyo, yatış-kalkış saati vb.) hakkında hemşire tarafından bilgilendirdim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Benim için önemli olan sorulara hemşire tarafından anlayacağım şekilde cevap verildi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Hemşireden ihtiyaç duyduğum malzemeler konusunda yardım aldım. (çarşaf, yastık, battaniye vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4) Yapılacak işlemler ve müdahaleler konusunda hemşire beni bilgilendirdi. (ilaç, enjeksiyon, röntgen vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5) Yardıma ihtiyaç duyduğumda hemşireye kısa zamanda ulaştım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6) Banyo yapmak, tuvalete gitmek gibi kişisel temizlik için hemşireden yardım aldım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7) Hemşireler bana karşı ilgili ve nazikti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8) Hemşire ilaçları kullanmam hususunda birebir takipçi oluyordu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9) Hemşirem bakımım için yeterli vakit buluyordu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10) Hemşirenin vermiş olduğu eğitimle evde bakımımı yapabileceğimi düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

TEDAVİ VE BAKIM

1) Tedavim esnasında doktor tarafından tedavim konusunda fikrim soruldu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Ben ya da bir yakınım doktorla konuşmak istediğimizde fırsat verildi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Muayene olduğum zamanlarda mahremiyetime önem verildi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4) Doktor ya da hemşireyi çağırdığım zaman çağrıma yanıt ……	Gelmedi	30 dk fazla sürdü	25-30 dk geldi	15-20 dk geldi	5-10 dk geldi

HASTANEDEN AYRILMA

1) Doktor eve gittiğimde karşılaşabileceğim sorunlarla ilgili beni bilgilendirdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Hemşire eve gittiğimde karşılaşabileceğim sorunlarla ilgili beni bilgilendirdi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

3) Hastaneden ayrıldığımda endişeye kapıldığım zaman arayabileceğim telefon numarası verildi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

GENEL DEĞERLENDİRME

1) Genel olarak aldığım tedavi ve bakımı iyi buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Doktor ve hemşirelerin benim için ellerinden geleni yaptıklarını düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Diğer hastalar göz önünde bulundurulduğunda hizmetten eşit yararlandığımı düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4) İhtiyaç duyduğumda Sosyal Hizmet Uzmanı /Psikolog ile görüşmem sağlandı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

DİĞER HUSUSLAR

1) Ziyaretçi ve refakatçilerim için oturma yerleri gibi gerekli düzenlemeler yapılmıştı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) Sağlık personeli dışındaki personelin bana karşı tutumları ilgili ve nazikti. (sekreter, temizlik, güvenlik personeli, hasta taşıyıcı vb.)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Yangın, yataktan düşme vb. gibi durumlarda ne yapacağıma dair bilgiler verildi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4) Yapılacak işlemler konusunda bana bilgilendirme yapıldı imzam alındı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5) Hasta hakları konusunda bilgilendirildim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6) Dilek ve önerilerim çalışanlarca dikkate alındı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7) İhtiyaç duyduğumda bu hastaneyi tekrar tercih ederim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

(İKİNCİ BÖLÜM)

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek 2. Yaşınız: .....

3. Eğitim Durumu ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Lise ve dengi |Lisansüstü
☐ Okur yazar ☐ Orta ☐ Üniversite

4. Meslek: ..... 6. Geldiğiniz .....

5. Sosyal Güvenceniz: ☐ Emekli Sandığı ☐ Bağkur ☐ Yeşilkart } SGK ☐ Ücretli ☐ Özel Sigorta
☐ SSK ☐ Resmi ☐ Diğer

7. Eve Giren Aylık Geliriniz ☐ 150 lira ve altı ☐ 300-500 lira arası ☐ 1000 lira üzeri
☐ 150-300 lira arası ☐ 500- 1000 lira arası

8. Hastaneyi Tercih Nedeniniz ☐ Tanıdık Sağlık Personeli ☐ Ulaşım Kolaylığı
☐ Ekonomik Sağlık Hizmeti ☐ Kaliteli Sağlık Hizmeti |.....
☐ Hızlı ve Güvenilir Sağlık Hizmeti ☐ Tavsiye

9. Bu Hastaneye Daha Önce Geldiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

TARİH: ...../...../..... ANKETİN DOLDURULMA SÜRESİ:..... KLİNİK ADI: .....

EK-5
ENDEKS

AYAKTA HASTA ENDEKS							
Ayakta Anket Skorları	**Ortalama Bakanlık Skor**	**n**	**%**	**Ayakta Anket Skorları**	**Ortalama Bakanlık Skor**	**n**	**%**
60	48	1	0,1	95	76	9	1,3
66	53	2	0,3	96	77	4	0,6
67	54	1	0,1	97	78	11	1,6
69	55	5	0,7	98	78	346	49,4
70	56	3	0,4	99	79	18	2,6
71	57	4	0,6	100	80	38	5,4
72	58	3	0,4	101	81	23	3,3
73	58	4	0,6	102	82	30	4,3
74	59	2	0,3	103	82	21	3,0
75	60	4	0,6	104	83	17	2,4
76	61	4	0,6	105	84	16	2,3
77	62	4	0,6	106	85	12	1,7
78	62	5	0,7	107	86	11	1,6
79	63	3	0,4	108	86	8	1,1
80	64	3	0,4	109	87	4	0,6
81	65	3	0,4	110	88	4	0,6
82	66	4	0,6	112	90	7	1,0
83	66	3	0,4	116	93	1	0,1
84	67	2	0,3	117	94	1	0,1
85	68	1	0,1	118	94	2	0,3
86	69	4	0,6	119	95	4	0,6
87	70	5	0,7	120	96	1	0,1
89	71	2	0,3	121	97	9	1,3
90	72	3	0,4	122	98	1	0,1
91	73	5	0,7	123	98	5	0,7
92	74	1	0,1	125	100	7	1,0
93	74	4	0,6				
94	75	5	0,7		TOPLAM	700	100,0

YATAN HASTA ENDEKS							
Ayakta Anket Skorları	**Ortalama Bakanlık Skor**	**n**	**%**	**Ayakta Anket Skorları**	**Ortalama Bakanlık Skor**	**n**	**%**
134	52	1	0,14	218	84	19	0,03
163	63	1	0,14	219	84	11	0,02
165	63	1	0,14	220	85	12	0,02
172	66	1	0,14	221	85	12	0,02
181	70	1	0,14	222	85	6	0,01
182	70	1	0,14	223	86	14	0,02
183	70	1	0,14	224	86	4	0,57
187	72	1	0,14	225	87	5	0,01
189	73	1	0,14	226	87	3	0,00
191	73	2	0,29	227	87	6	0,01
192	74	1	0,14	228	88	3	0,00
193	74	3	0,43	229	88	8	0,01
195	75	1	0,14	230	88	5	0,01
196	75	2	0,14	231	89	3	0,00
197	76	2	0,14	232	89	6	0,01
198	76	4	0,57	233	90	1	0,14
199	77	12	0,02	234	90	2	0,29
200	77	13	0,02	235	90	1	0,14
201	77	191	0,27	236	91	2	0,29
202	78	6	0,01	237	91	3	0,00
203	78	5	0,01	242	93	1	0,14
204	78	3	0,00	245	94	1	0,14
205	79	10	0,01	247	95	6	0,01
206	79	10	0,01	249	96	2	0,14
207	80	16	0,02	250	96	1	0,14
208	80	53	0,08	251	97	1	0,14
209	80	17	0,02	252	97	1	0,14
210	81	10	0,01	254	98	3	0,00
211	81	22	0,03	255	98	1	0,14
212	82	17	0,02	256	98	2	0,29
213	82	6	0,01	258	99	37	0,05
214	82	15	0,02	259	100	12	0,02
215	83	16	0,02	260	100	33	0,05
216	83	12	0,02	TOPLAM		700	1,00
217	83	15	0,02				

ÖZET

HİZMET KALİTESİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA ARAŞTIRMASI

Sağlık sistemi son yıllarda önemli bir değişim içindedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlarının sayısındaki artış ve bu kuruluşların varlıklarını sürdürebilme mücadeleleri, sağlık harcamaların giderek artması, kışkırtılmış talebe yöneliş ve hastaların beklediği hizmeti alamaması sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlık sisteminin önemli bileşenlerinden biri haline getirmiştir. Sağlık hizmeti sunumunun doğrudan insan sağlığı ile ilgili olması ve yapılacak hatanın istenmeyen sonuçlara yol açması sağlık hizmeti sunumunun diğer hizmetlerin sunumuna oranla daha yüksek kalitede olmasını gerektirmekte ve hasta memnuniyetini zorunlu kılmaktadır.

Bu çalışma, hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini görmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında 2 araç kullanılmıştır. İlk araç Sağlık Bakanlığına bağlı 2. ve 3. basamak hizmet veren 612 hastaneye ait "hizmet kalite katsayısı" ve "memnuniyet katsayı" larının yer aldığı Kurumsal Performans verileridir. İkinci araç ise ankettir. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ayakta hizmet alan 700 ve taburculuğu planlanan 700 hastadan veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Korelasyon analizi, regresyon analizi Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi araştırma hipotezlerini test etmek için kullanılmıştır.

Ayakta hasta memnuniyetinde "hasta bilgilendirmesi" memnuniyete en fazla katkı ve etki sağlayan boyuttur. Ayakta hizmet alan hastaların memnuniyetleri üzerinde cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, sosyal güvence, gelir, hastaneyi tercih sebebi, daha önce gelme, geldiği yer ve hizmet aldığı poliklinik ile hizmet kalitesinin boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yatan hasta memnuniyetinde ise "servisler ve fiziksel koşullar" memnuniyete en fazla katkı ve etki sağlayan boyuttur. Yatan hastaların memnuniyetleri üzerinde cinsiyet, meslek, sosyal güvence, gelir, hastaneyi tercih sebebi, daha önce gelme, geldiği yer ve hizmet aldığı klinik ile hizmet kalitesinin boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Araştırmada yatan hasta memnuniyeti üzerinde hastaların yaş ve eğitim durumları ile hizmet kalitesinin boyutları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta memnuniyeti ile hizmet kalite değerlendirmeleri arasında pozitif ve güçlü yönde (0,939) ilişki bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hizmet, sağlık hizmetleri, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti.

ABSTRACT

EFFECT OF SERVICE QUALITY ON PATIENT SATISFACTION AND AN IMPLEMENTATION RESEARCH

Health system is in a significant change in recent years. Increase in health care providers number and that these organizations exist to fight, health expenditures increased to, escalated demand orientation and patient waiting for service, unable to take care of the quality of the health system one of main components have appeared. Health service delivery to direct human health related to that and do the error undesirable outcomes to result in health service delivery of the other services delivery than the high quality to be requires and patient satisfaction requires.

This study has been made to see the impact of service quality on patient satisfaction. Two instruments have been used to collect research data. The first one is corporate performance data under the Ministry of Health second and third step which serves are 612 hospitals belonging to the "coefficient of service quality" and "satisfaction factor". The second instrument also is a survey. Questionnaires were collected by the data from Ankara Training and Research Hospital outpatient services in the areas of discharge, the planned 700 patients and 700. Correlation analysis, regression analysis, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test have been used to test inquiry hypothesis.

Informing patients who are outpatient satisfaction is the size of satisfaction and influence to ensure maximum contribution. It weren’t significantly differences among outpatient services of patients’ satisfaction, the gender, age, education, occupation, social security, income, the hospital would be preferred before, coming, coming place and receive services from the clinic and the service quality dimensions. It weren’t also found significantly differences among "services and physical conditions" and the effect of satisfaction to a maximum contribution, satisfaction of inpatients on the gender, occupation, social security, income, preferred hospital

before, come and receive services where the quality of clinical services. Inpatient satisfaction survey on the patients' age and education level of service quality dimensions with statistically significant differences were found. It was found positive and strong (0,939) relationship between patient satisfaction and services quality evaluation.

Key Words: Services, health services, service quality, patient satisfaction.