

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**RANDEVU SİSTEMLERİNİN
MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SAĞLIKTA
KALİTE AÇISINDAN ÖNEMİ**

CEYLAN MERVE BİNİCİ

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2018

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/2011970085

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**RANDEVU SİSTEMLERİNİN
MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SAĞLIKTA
KALİTE AÇISINDAN ÖNEMİ**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

CEYLAN MERVE BİNİCİ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Sabri ERDEM

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/2011970085

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi Ceylan Merve BİNİCİ "RANDEVU SİSTEMLERİNİN MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SAĞLIKTA KALİTE AÇISINDAN ÖNEMİ" konulu Yüksek Lisans tezini 18 Temmuz 2018 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. Sabri ERDEM

Dokuz Eylül Üniversitesi
İşletme Fakültesi,
İşletme Bölümü
Sayısal Yöntemler Anabilim Dalı
BAŞKAN


Prof. Dr. Hüseyin BASKIN

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon
Anabilim Dalı
ÜYE


Doç. Dr. Duygu KIZILDAĞ

İzmir Demokrasi Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi
İşletme Bölümü
ÜYE

Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Yönetimi anabilim Dalı
YEDEK ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Ömer ÖZTÜRKÖĞLU

Yıldırım Ünlü Üniversitesi
İşletme Fakültesi,
İşletme Bölümü
YEDEK ÜYE

RANDEVU SİSTEMLERİNİN

MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SAĞLIKTA KALİTE AÇISINDAN ÖNEMİ

i. İÇİNDEKİLER

i. İÇİNDEKİLER	4
ii. TABLOLAR LİSTESİ	7
iii. ŞEKİLLER LİSTESİ	8
iv. KISALTMALAR LİSTESİ	8
v. ÖZET	1
vi. ABSTRACT	3
1. GİRİŞ ve AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	8
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. HİZMET KAVRAMI, KALİTE VE HİZMET KALİTESİ	10
2.1.1. Hizmetin Tanımı ve Sınıflandırılması	10
2.1.2. Hizmetin Özellikleri	13
2.1.3. Kalitenin Tanımı	14
2.1.4. Hizmet kalitesi ve Hizmet kalitesi Kavramları	15
2.1.5. Hizmet kalitesinin Boyutları	17
2.1.6. Hizmet kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi	20
2.2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE ÖLÇÜMÜ	21
2.2.1. Sağlık İşletmesi Kavramı ve Özellikleri	21
2.2.2. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Özellikleri	23
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri	27
2.2.4. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırması	31
2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	33
2.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Teknik Hizmet Kalitesi Kavramı	36
2.2.7. Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Algılanan Kalitesi Kavramı	37
2.2.8. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti	39
2.2.9. Müşteri Memnuniyeti ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişki	49
2.2.10. Hastanelerin Hasta Memnuniyetine Olumsuz Etkileri ve Türkiye’de Durum	50
2.2.11. Hizmetin Algılanan Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti İlişkisi	53

2.2.12.	Sağlık Hizmetlerinde Hizmet kalitesi Ölçümü ve Yöntemleri	53
2.3.	SAGLIK HİZMETLERİNDE RANDEVU SİSTEMİ.....	63
2.3.1.	Kuyruk (Bekleme) Sistemi Tanımı ve Özellikleri.....	64
2.3.2.	Kuyruk Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar	68
2.3.3.	Poliklinik Randevu Sistemi Tanımı Ve Özellikleri	69
2.3.4.	Poliklinik Randevu Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar	70
2.3.5.	Randevu Ve Kuyruk Sistemi Üzerine Yapılmış Çalışmalar	75
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	84
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	84
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	84
3.3.	Araştırma Evreni ve Örneklemi	84
3.4.	Çalışma Materyali	86
3.5.	Araştırmanın Değişkenleri.....	86
3.6.	Veri Toplama Araçları.....	87
3.7.	Araştırma Planı ve Takvimi.....	89
3.8.	Verilerin değerlendirilmesi.....	89
3.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	91
3.10.	Etik Kurul Onayı.....	91
4.	BULGULAR.....	92
4.1.	Frekans Analizleri	92
4.2.	Güvenilirlik ve Geçerlilik.....	94
4.3.	Korelasyon Analizi	102
4.4.	T- Testi ve SPEARMAN Korelasyon Analizi.....	106
4.5.	Regresyon analizi	121
5.	TARTIŞMA	124
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	128
7.	KAYNAKÇA	130
8.	EKLER	136
8.1.	<i>Dağılımlar</i>	136
8.1.1.	<i>Cinsiyet Dağılımı</i>	136
8.1.2.	<i>Yaş Dağılımı</i>	136
8.1.3.	<i>Meslek Dağılımı</i>	136
8.1.4.	<i>Eğitim Durumu Dağılımı</i>	137
8.1.5.	<i>Gelir Dağılımı</i>	137
8.2.	<i>Güvenilirlik Analizleri</i>	138

8.2.1.	<i>Genel Hizmet Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi</i>	138
8.2.2.	<i>Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi</i>	139
8.2.3.	<i>Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi</i>	140
8.2.4.	<i>Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi</i>	141
8.3.	<i>Faktör Analizleri</i>	142
8.3.1.	<i>Genel Hizmet Memnuniyeti Faktör Analizi</i>	142
8.3.2.	<i>Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi</i>	143
8.3.3.	<i>Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi</i>	143
8.3.4.	<i>Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti Faktör Analizi</i>	144
8.4.	<i>Korelasyon Analizleri</i>	145
8.5.	<i>T-Testi ve ANOVA Analizleri</i>	149
8.5.1.	<i>Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (t-Testi Sonuçları)</i>	149
8.5.2.	<i>Memnuniyet açısından Yaş Aralıklarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)</i>	150
8.5.3.	<i>Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (ANOVA)</i>	151
8.5.4.	<i>Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)</i>	152
8.5.5.	<i>Memnuniyet açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)</i>	153
8.6.	<i>Regresyon Analizleri</i>	154
8.6.1.	<i>Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arası Regresyon Analizi</i>	154
8.6.2.	<i>Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişken Alt Faktörleri Arası Regresyon Analizi</i> 155	
8.7.	<i>Anket Formu</i>	157
8.8.	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzni</i>	160
8.9.	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı</i> ...	161
8.10.	<i>Özgeçmiş</i>	162

ii. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	10
Tablo 2: Hizmet kalitesi Boyutları.....	17
Tablo 3: Birleştirilmiş Hizmet kalitesi Boyutları.....	20
Tablo 4: Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite ve Kaliteli Hastane Anlayışı	45
Tablo 5: Başhekimlerin Hasta Memnuniyetine Etki Eden Faktörler Hakkında Görüşleri ..	52
Tablo 6: SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları	57
Tablo 8: Poliklinik Randevu Sistemi Üzerine Yapılmış Çalışmalar	80
Tablo 10: Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı	93
Tablo 11: KMO Değerleri ve Yorumları	95
Tablo 12: Genel Hizmet Memnuniyeti Faktör Analizi	97
Tablo 13: Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi	99
Tablo 14: Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi	100
Tablo 15: Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti Faktör Analizi	102
Tablo 16: Pearson Korelasyon Katsayısı Yorumu	103
Tablo 17: Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon Analizi	103
Tablo 18: Genel Hizmet Memnuniyeti Alt Faktörler Korelasyon Analizi	104
Tablo 19: Genel Korelasyon Tablosu.....	105
Tablo 20: Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (Hipotezler).....	107
Tablo 21: Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (t-Testi Sonuçları).....	108
Tablo 22: Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)	109
Tablo 23: Memnuniyet açısından Yaş Aralıklarının Karşılaştırılması (Hipotezler)	110
Tablo 24: Memnuniyet açısından Yaş Aralıklarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)	111
Tablo 25: Memnuniyet açısından Yaş Aralıkları Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)	112
Tablo 26: Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (Hipotezler)	113
Tablo 27: Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (ANOVA).....	114
Tablo 28: Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)	115
Tablo 29: Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması (Hipotezler)	116
Tablo 30: Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)	117
Tablo 31: Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)	118
Tablo 32: Memnuniyet açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması (Hipotezler)	119
Tablo 33: Memnuniyet Açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)	120
Tablo 34: Memnuniyet açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)	121
Tablo 35: Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arası Regresyon Analizi	122
Tablo 36: Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişken Alt Faktörleri Arası Regresyon Analizi	122

iii. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Modeli	8
Şekil 2: Hizmet kalitesinde Denge Üçgeni.....	15
Şekil 3: Parasuraman’a Göre Hizmet kalitesi Boyutları.....	19
Şekil 4: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	26
Şekil 5: Sağlık Hizmetleri Sınıflandırması.....	31
Şekil 6: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunumu.....	33
Şekil 7: Sağlık İşletmelerinde Hizmet kalitesi Belirleyicileri	35
Şekil 8: Hastanenin Müşterileri	41
Şekil 9: Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	41
Şekil 10: Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler	43
Şekil 11: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	48
Şekil 12: GRÖNROOS Modeli.....	54
Şekil 13: Kurumsal Hizmet kalitesi İyileştirme Modeli	55
Şekil 14: Niteliksel Hizmet kalitesi Modeli	55
Şekil 15: Genel Kuyruk Sistemi	65
Şekil 16: Tek Kanal Tek Aşama Servis Mekanizması.....	66
Şekil 17: Tek Kanal Çok Aşama Servis Mekanizması	67
Şekil 18: Çok Kanal Tek Aşama Servis Mekanizması	67
Şekil 19: Çok Kanal Çok Aşama Servis Mekanizması	67
Şekil 20: Poliklinik Randevu Süreci.....	69
Şekil 21: Randevu Kaçırma Süreci ve Nedenleri.....	74
Şekil 22: Literatürdeki Randevu Sistemleri	75
Şekil 23: Araştırma Modeli (Tekrar Gösterim).....	86
Şekil 24: Genel Hizmet Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	96
Şekil 25: Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	99
Şekil 26: Poliklinik Hizmeti Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	101

iv. KISALTMALAR LİSTESİ

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

v. ÖZET

RANDEVU SİSTEMLERİNİN

MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SAĞLIKTA KALİTE AÇISINDAN ÖNEMİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geşiltirme ve
Akreditasyon Anabilim Dalı

ceylan.binici@gmail.com

Sağlık hizmeti kalitesinin belirleyici özelliklerinden olması nedeniyle hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık hizmetleri sunan işletmelerin başarısında oldukça önemli hale gelmiştir.

Hasta memnuniyeti ölçümünde temel nokta memnuniyeti etkileyen temel faktörleri belirleyebilmektir. Bu faktörler arasında randevu sistemlerinin önemi büyüktür. Ayakta tedavi hizmeti sunan sağlık merkezlerinde randevu sisteminin etkin ve etkili olmasını sağlamanın amacı hastaların tedavi bekleme sürelerini, sağlık personelinin tedavi boşa geçen vaktini azaltmak ve mesainin uzaması riskini önlemektir. Kullanılacak etkin randevu sistemleri hastaların tedaviye erişim sürecini de belirleyeceği için pek çok yönden sağlık hizmetlerinin kalitesini olumlu etkileyecektir.

Amaç: Çalışmanın temel amacı, poliklinik randevu sistemleri kalitesinin sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışma evrenini, İzmir il merkezinde bulunan III. Basamak Sağlık Hizmeti Kuruluşu olan bir üniversite hastanesine randevu sistemini kullanarak ayaktan tedavi hizmeti almak üzere başvuran hastalar oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL analizi değerlendirmesine dayanan anket kullanılmıştır. Anket yüz yüze görüşerek 95 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 21.00 programından faydalanılarak, öncelikle geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Daha sonra tanımlayıcı istatistikler, T-Testi, ANOVA Testi, Korelasyon ve Regresyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular: İzmir ilinde yer alan bir üniversite hastanesine, hastanenin kendi poliklinik randevu sistemini (ayaktan tedavi) kullanarak başvuran 95 hastanın memnuniyetinin genel Hizmet kalitesi memnuniyetine etkisinin ölçüldüğü çalışmada, mevcut randevu sistemine alternatif olarak geliştirilecek sistemin memnuniyeti arttıracığı görülmüştür.

Çalışmada ayrıca randevu sistemlerinin müşteri memnuniyeti ve sağlıkta kalite açısından öneminin hasta olarak başvuran kişilerin demografik özelliklerine göre algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ölçmek için yapılan T-testi ve ANOVA testleri ile cinsiyet, yaş, meslek seçimi, eğitim durumu ve gelir durumlarındaki farklılıkların hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür.

Sonuç: Araştırmada ağırlık randevu sistemleri memnuniyetinin genel memnuniyete etkisinin ölçülmesi olduğu için randevu sistemlerini oluşturan alt faktörler için detaylı analizler gerçekleştirilmiştir. Buna göre poliklinik randevu sistemi (e-randevu sistemi) memnuniyetinin kendisini oluşturan iki faktörden e-randevu sistemi alternatifinin genel hizmet memnuniyetini etkileyen en önemli faktör olduğu, mevcut e-randevu sisteminin daha az etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta memnuniyeti, randevu sistemleri, sağlık hizmeti kalitesi, SERVQUAL

vi. ABSTRACT

IMPORTANCE OF APPOINTMENT SYSTEMS FOR CUSTOMER SATISFACTION AND HEALTH CARE QUALITY

Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences Health Quality Development and
Accreditation Department

ceylan.binici@gmail.com

By the fact that, feature of health care quality, assessment and evaluation of patient satisfaction has become crucial to the success of health care providers.

The main point of measuring patient satisfaction is to be able to identify the main factors affecting satisfaction. Among these factors appointment system has great performance. The main purpose of designing effective and efficient appointment system about ambulatory treatment ve diagnosis health care services is reducing waiting periods for the patients and reducing doctors' leisure and overtime risk by regulating the patient flow within the clinics. At the same time, the appointment systems determine the number of days booked by the patients, in other words, the length of time they have to Access the health care.

Objective: The main aim of the study is evaluating the quality of outpatient appointment systems by patients.

Method: Target population of the study is patients of a tertiary health care service – a university hospital in İzmir- who have outpatient treatment by using an appointment system. A survey based on the SERVQUAL analysis developed by Parasuraman, Zeithaml and Berry was used as data collection tool. In the analysis of the data, validity and reliability analyzes were made primarily by using the SPSS 21.00 program. Then descriptive statistics, T-Test, ANOVA test, Correlation and Regression analyzes were performed.

Results: In an university hospital in İzmir, the effect of the satisfaction of 95 patients who applied using the patient's own polyclinic appointment system (outpatients)

was measured to the satisfaction of overall service quality. In the study, it was seen that the system which will be developed as an alternative to the existing appointment system would increase the satisfaction. In the study, it was also measured whether there was a significant difference between the perceived levels of appointment systems in terms of customer satisfaction and quality of health according to the demographic characteristics of the applicants. T-test and ANOVA tests showed that differences in gender, age, occupational choice, education and income status did not affect patient satisfaction.

Conclusion: Since the satisfaction of the weighted appointment systems in the study was measured the general satisfaction effect, detailed analyzes were made for the sub-factors that make up the appointment systems. According to this, it was observed that the alternative e-appointment system satisfaction was the most effective factor affecting the overall service satisfaction.

Key Words: Patient satisfaction, appointment systems, health care quality, SERVQUAL

1. GİRİŞ ve AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmetleri odak noktası insan sağlığı olduğu için hem insanların sağlıklı bir hayat yaşamalarını hem de makro düzeyde toplumsal kalkınma ve yüksek yaşam standartları sağlamak açısından ertelenemez veya ikame edilemez hizmetler arasında yer almaktadır (Güllülü ve Diğerleri, 2008: 81; Aktaran: Taşlıyan ve Gök, 2012: 88).

Sağlık hizmetleri ihtiyacı, sunulan hizmetin belirli kalite seviyesini de karşılamasını gerektirir. Kişiler sunulan hizmetin en iyisine ulaşmak isterler. Fiziksel ürünlerde kaliteyi belirlemek kolayken hizmet sunumunda kaliteyi ölçmek zordur. Hizmet kalitesini, hizmet sunumu yapılan kişi belirler, dolayısıyla hizmet kalitesi bireylerin algısına göre değişen özelliktedir. Hizmet kalitesinin artmasının anahtarı da o hizmeti alan kişiyi memnun etmekten geçer (Merih ve diğerleri, 2015: 68).

Hizmetin kaliteli olduğunu söylemek için müşterinin beklentisini karşıladığını belirtmek gerekir. Sağlık sektöründeki rekabetin üst düzeye çıktığı günümüz koşullarında hizmetin kalitesinin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi rekabet ortamında üstünlük sağlamak açısından son derece önemlidir. İşte bu sebeple hastaların hizmetten ne beklediği bizim için kaliteyi değerlendirmek açısından temel ölçüttür (Güllülü ve Diğerleri, 2008: 8; Aktaran: Taşlıyan ve Gök, 2012: 88).

Sağlık işletmelerinde hastalarının beklentisinin ne olduğunun doğru anlaşılması ve sunulan hizmetin bu beklentileri karşılayacak hale getirilmesi önemlidir. Beklentileri karşılayan hatta aşan bir sağlık hizmeti sunumu doğal olarak hasta algısını olumlu yönde etkileyerek işletmenin genel performansını dolayısıyla diğer sağlık işletmelerine karşı rekabet üstünlüğünü arttıracaktır. Hasta beklentileri doğru belirlenirse, performans iyileştirilerek hasta beklentileri karşılanır (Zerenler ve Ögüt, 2007: 516-517).

Hizmetler soyut özelliklidir. Bu sebeple fiziksel varlık gibi stoklanamaz, doğrudan alınarak o anda tüketilmektedir. Bu durum hizmetin üretimini, sunulmasını, kalite algısını ve müşteri memnuniyetini fiziksel ürünlerden farklı şekilde etkiler. Hizmetlerin soyut olması, somut ürünler gibi satın alınmadan önce kalite açısından değerlendirilmesini engellemektedir (Eleren ve Diğerleri, 2007; Deveci ve Aksaraylı, 2003; Aktaran: Papatya ve Diğerleri, 2012: 88-89).

Hizmetin algılanan kalitesi, kişilerin sunulan hizmetten beklentileri ile sunulan hizmetten gördükleri arasındaki bağ ile ilişkilidir. Bu sebeple hizmet sunumu öncesi beklentinin nasıl olduğu anlaşılacak uygulama sırasında kaliteyi ön plana çıkarmak gerekmektedir. Hizmet kalitesinin geliştirilmesi hizmet alanları memnun edeceği gibi potansiyel müşterilerin de ilgisini çekerek iş hacmini ve rekabet gücünü olumlu yönde etkilerken diğer taraftan hataları azaltarak emek ve maliyetlerin düşmesini sağlayacaktır. Bu sebeple Hizmet kalitesini geliştirmek öncelikli amaçlardan olmalıdır (Zerenler ve Ögüt,2007: 502).

Sağlık hizmetlerinin kalitesini sadece mikro düzeyde değil makro düzeyde de incelemek gerekir. Hastanelerde kalite yönetim sistemlerini geliştirilmesi kaynakların daha etkin kullanımını, maliyetin azalmasını, hastaların ve personelin memnuniyetinin artmasını sağlar. Kamu yararı çerçevesinde sağlanan çok yönlü faydalar makro açıdan önemi ortaya koymaktadır (Aslantekin ve Diğerleri,2007: 68).

Sağlık hizmetlerinde hizmetin algılanan kalitesi hastaların ne derece tatmin olduğuyla alakalıdır. Hasta tatmin olursa ilgili sağlık işletmesinden hizmet almaya devam eder. Hastanın beklentisinin ne olduğunu tanımlamak önemlidir, tek boyutlu olarak ele almak mümkün değildir. Hastaların kalite beklentilerini iki farklı boyutta ele almak gerekir. Bunlar hastanın kaliteyi nasıl istediğidir ve kaliteyi hangi oranlarda kabul edeceğidir. Hizmet sunumunda arzulanan kalite farklı sektörlerde farklı olacağı gibi kişinin beşeri yapısı nedeniyle zamana göre de değişiklik gösterebilir.

Hasta memnuniyeti ölçebilmek için memnuniyeti temel olarak etkileyen noktaları bulmak gerekir. Literatür taramasında bu faktörlerden sağlık hizmetine erişim için geçen süre konusunda - hastaların sağlık hizmetine erişme süreleri olan “endirekt bekleme” ile randevu aldıktan sonra klinik içerisindeki “direkt bekleme” sürelerinin de yer aldığı kısaca randevu sistemi olarak tanımlanabilecek süreç- konusunda yeterli araştırma olmadığı fark edilmiştir. Randevu sistemlerinin etkin ve verimli şekilde tasarlanmasının önemi bu noktada dikkat çekmiştir.

Sadece hastaların bekleme süresi değil, sağlık personelinin hizmet sunumu sırasında boşa geçen zamanı ve dolayısıyla mesai süresinin uzaması randevu tasarımıda önemli olan diğer performans ölçütleridir. İncelenen araştırmalarda hastaların sağlık personeli seçiminde sadece tıbbi kararları değil bekleme sürelerini de göz önünde bulundurduğu görülmüştür. Bu

durum sadece hizmetin sunumunu doğrudan etkileyen tıbbi konularda etkin bir kalite yönetimine değil, iyi tasarlanmış randevu sistemlerinin kalitesine de vurgu yapmaktadır.

Randevu sistemlerini iyi tasarlanması yukarıda bahsedilen hasta bekleme sürelerini, sağlık personelinin boşa geçen zamanını ve mesai sürecini düzenler (Ak ve Çayırılı, 2011: 723).

Bu çalışma randevu sistemlerinin müşteri memnuniyeti ve sağlıkta kalite açısından önemini incelemeyi hedeflemiştir. İlk bölümde hizmetin genel özelliklerinden başlayarak sınıflandırılmasına, hizmetin kendine özgü yapısına, kalite kavramına, Hizmet kalitesi kavramına, algılanan ve beklenen Hizmet kalitesine değinilerek Hizmet kalitesini oluşturan tüm detaylar anlatılmıştır. Bölümde ayrıca sağlık sektöründe Hizmet kalitesi ölçümünü sağlayan hizmetler incelenmiş ve en geçerli ölçüm yöntemi olarak kabul edilen SERVQUAL ölçeği, bu ölçeğin gelişimi, ölçeğe yapılan eleştiriler incelenmiştir.

İkinci bölümde, tez çalışmasının temelini oluşturan randevu sistemleri konusu ele alınmış, çalışmanın gerçekleştirildiği hastanenin randevu sisteminden yola çıkarak standart bir randevu sistemi profili oluşturulmaya çalışılmıştır.

Üçüncü ve dördüncü bölümlerde tezin araştırma kısmı yer almaktadır. Bu bölümde de araştırmaya konu olarak seçilen ve hizmet işletmeleri arasında çok önemli bir yeri olan sağlık işletmelerine örnek olarak bir üniversite hastanesi müşterilerinin algıladıkları ve bekledikleri kaliteli hizmetin ölçümü yapılarak anket analizinde kullanılacak veriler elde edilmiştir. Likert ölçeği kullanılan anketin verileri SPSS programı kullanılarak kurulan hipotezlerin değerlendirildiği sonuçlarla ilgili başlık altında paylaşılmıştır.

Sonuç ve önerilerden oluşan son kısımda tezin sonuçları ve benzer çalışmalara emsal olması beklenen değerlendirmeler vardır.

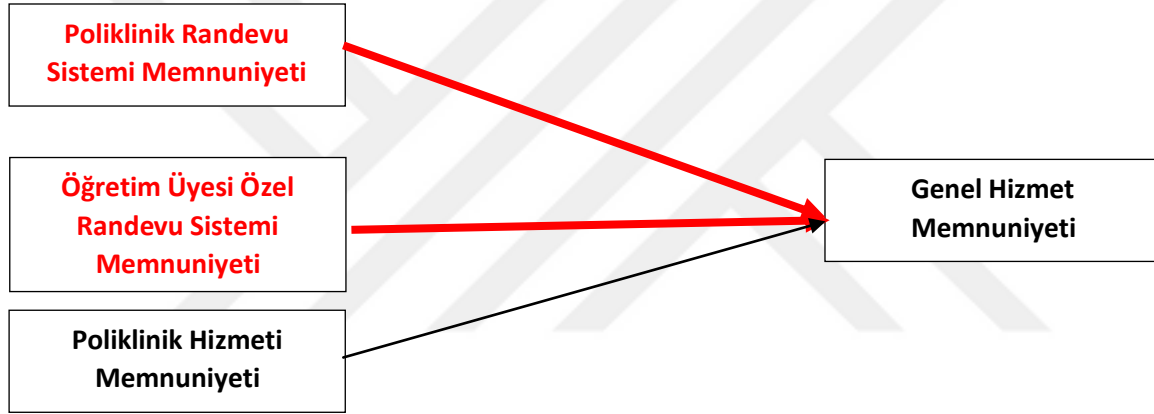
1.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, Hizmet kalitesinin belirleyici özelliklerinden olması nedeniyle hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık hizmetleri sunan işletmelerin başarısında oldukça önemli hale gelmiştir. Araştırmanın temel amacı 3. Basamak Sağlık Kurumlarında sunulan Hizmet kalitesinin, sağlık hizmeti alanlar tarafından değerlendirilmesidir. Bu amaçla bir üniversite hastanesinin randevu sistemlerinin incelenmesi, değerlendirilmesi, iyileştirme ve geliştirmeye yönelik çözümlerin oluşturulması hedeflenmiştir.

Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmeti sunum standartları geliştirilerek kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin artırılması amaçlanmıştır. Bunun için uluslar arası standardizasyona önem verilmiş ve akreditasyon kuruluşları kaynak aktarımıyla desteklenmeye başlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma modeli araştırmada test edilmek istenenleri sistematik olarak görebilmek açısından önem taşır (Tüfekçi ve Asıgbulmuş,2016:79). Bu kapsamda araştırma modeli, araştırmanın amacına göre şekillendirilmiştir ve Şekil-1’de sunulmuştur:



Şekil 1: Araştırma Modeli

Anket 4 bölümden oluşmaktadır ve araştırma modelini oluşturan bu bölümlerin arasındaki ilişki yukarıdaki şekilde yer almaktadır.

- Genel Hizmet Memnuniyeti
- Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti
- Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti
- Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti

Çalışmanın temel amacı randevu sistemlerinin hasta memnuniyetine (genel hizmet memnuniyeti) etkisinin ölçülmesidir. Ancak sadece randevu sistemleri ile sınırlı kalınmamış, muayene sürecinin belirtildiği poliklinik hizmeti memnuniyeti de anket yöntemi ile sorularak ölçülmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın ana hipotezi:

“Poliklinik randevu sistemi memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik hizmeti memnuniyetinin genel hizmet memnuniyeti üzerinde etkisi olup olmadığının” ölçülmesidir.

Çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede randevu hizmetleri standart poliklinik randevusu ve öğretim üyesi özel randevusu olarak ikiye ayrıldığı için araştırma modelinde bu ayrım göze çarpmaktadır. Sadece randevuyu almak değil, randevuda belirtilen gün ve saatte, doğru ve etkili tanı/tedavi hizmetinin sunulacağı muayene sürecinin tamamlanması ile hastalar amacına ulaşacağı için poliklinik hizmeti memnuniyeti çalışmada randevu hizmetlerinden ayrı tutulmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİZMET KAVRAMI, KALİTE VE HİZMET KALİTESİ

Teknolojinin gelişmesi ve refah seviyesinin artmasıyla birlikte tüketicilerin tercihlerinde daha bilinçli davrandıkları görülmüş bu durum hizmet sektörünün her geçen gün daha önemli hale gelmesini sağlamıştır. Sunulan mal ve hizmetin tüketiciye sağlayacağı faydanın ön planda olması kalitenin de önemli bir hal almasına sebep olmuştur (Yazgan, 2009: 6).

2.1.1. Hizmetin Tanımı ve Sınıflandırılması

Hizmetler, somut bir mal temini değil soyut bir değere sahip olmak anlamına gelen satış sonu faaliyet ve faydalar bütünü olan (Kotler, 2001:291), fiyat, hızlı temin, psikolojik fayda vb. yönlerden yarar sağlayan ekonomik faaliyetler olarak tanımlanabilir (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 41).

En bilindik tanımı ile hizmeti “şey”in sahipliği değil psikolojik yarar ve doygunluk sağlayan edinim olarak belirtmek mümkündür (Rust ve Diğerleri, 1996:7, Tenekecioğlu, 1992:159; Aktaran: Altan ve Atan, 2004: 18). Tablo 1’de hizmetin tarihsel tanımları yer almaktadır.

Hizmetler ikiye ayrılır:

- 1) Mallardan veya başka hizmetlerden (satış öncesi, satış sırasında ve sonrası) bağımsız olarak satışa sunulan hizmetler,
- 2) Mallar ve hizmetlerle birlikte satın alınan hizmetler.

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar (-1750)	Tarımla alakalı üretim dışı aktiviteler
Adam Smith (1723-1790)	Somut sonucu olmayan tüm faaliyetler
J. B. Say (1767-1832)	Fayda sağlayan üretim tüm faaliyetler
Alfred Marshall (1842-1924)	Hazırlanırken varlık kazanan faaliyetler
Batı Ülkeleri (1925-1960)	Bir malın içeriğini etkilemeyen hizmetler
Çağdaş	Bir malın içeriğini değiştirmeyen faaliyetler

Kaynak: (Öztürk, 1998:2)

Kesin bir tanım ile hizmetleri ifade etmek zordur çünkü teknolojik değişimler ve gelişimlerden doğrudan etkilenen aktif bir yapıya sahiptir. Verilen hizmetin çok ve çeşitli

olması (bir erkek berberi ile bir veterinerin sunduğu hizmetin farkı gibi) hizmetleri genel bir grup içerisinde incelemeyi zorlaştırır. Sınıflandırmayı net bir şekilde yapamamak farklı yaklaşımları da beraberinde getirir (Öztürk, 2000: 25). Bu sınıflandırmalar aşağıdaki gibidir:

- **İnsan Gücü Odaklı Hizmetler** (Erdem, 2007:18)
 - Hizmeti gerçekleştirmek için gereken işgücünün uzmanlık gerektirmediği durumlar (Bahçe işleri, temizlik işleri, bankacılık hizmetleri vs.)
 - Kalifiye hizmet sunumu gerektiren haller (bakım ve onarım işleri, gıda sektörü vs.)
 - Profesyoneller (hukuki ve mali danışmanlıklar vs.)
- **İnsan Gücü Odaklı Olmayan Hizmetler** (Akdoğan, 2011:13)
 - Sunulan hizmetin insan emeğine değil araçlara / sistemlere dayalı olması (Bankacılık işlemlerinin ATM üzerinden yapılması vs.)
 - Teknik bilgiye ihtiyaç duyulmayan işler
 - Teknik bilgi ile kullanılan araç ve cihazlar (uçak vs.)
- **Müşterinin Hizmet Sunucu İle Eşzamanlı Etkileşimde Olmasına Gerek Duyulmayan Hizmetler** (Öztürk, 2000:28)
 - Telefon / internet üzerinden sürdürülen hizmetler
- **Kişisel İhtiyaçları Karşılaman Hizmetler** (Akdoğan, 2011:13)
 - Tamirat, sağlık, eğitim vs.
- **İhtiyaç Duyulmayan Hizmetler**
 - Tüketicinin farkında olmadığı, bilmediği, bilse dahi istemeyeceği hizmetler
- **Kolayda Hizmetler** (Akdoğan, 2011:13)
 - Fazla zaman harcamadan, planlamaksızın satın alınan hizmetler (taksi, toplu taşıma, film gösterimleri,

- **Beğenmeli Hizmetler** (Akdoğan, 2011:13)
 - Satın alınmadan önce hakkında detaylı arama yapılan, bilgi toplanan ve karşılaştırma yapılan hizmetler (seyahat acentalığı gibi)
- **Özellikli Hizmetler** (Akdoğan, 2011:15)
 - Emek ve zaman harcanmasına ihtiyaç duyulan hizmetler (uzman avukatlık, özel alan hekimliği, uzman danışmanlık vb.)
- **İşletme İhtiyaçlarını Karşılaman Hizmetler** (Erdem, 2007:21)
 - Üretim odaklı faaliyetlere konu olan işletmelere destek verilmesi
- **Kâr Odaklı ya da Kâr Odaksız Hizmetler** (Akdoğan, 2011:16)
 - Kar amaçlı hizmetler (barınma, yerleşme, eğlenme, bakım ihtiyaçları, sağlık ihtiyaçları, eğitim ihtiyaçları, mesleki hizmetler, finansal hizmetler, taşıma hizmetleri, haberleşme hizmetleri vs.)
 - Kar amaçlı olmayan hizmetler (devlet, dernek ve vakıflar tarafından sunulan mesleki ve sosyal hizmetler)
 -

Amerikan Pazarlama Birliği (American Marketing Association) tarafından geliştirilen hizmet sınıflandırması ise şu şekildedir:

- Sağlık sunumu hizmetleri
- Mali hizmetler
- Seyahat ve konaklama gibi turizm hizmetleri
- Spor ve sosyal aktivite hizmetleri
- Kar amacı güden ve gütmeyen hizmetler
- Dağıtım, lojistik, kiralama hizmetleri
- İletişim hizmetleri
- Kişisel bakım ve onarım hizmetleri

2.1.2. Hizmetin Özellikleri

Hizmetlerin bilinen beş temel özelliği vardır. Bunlar; dokunulmazlık (soyut olma), dayanıksızlık (depolanamama), ayrılmazlık (eş zamanlı üretim ve tüketim), değişkenlik (heterojen olma), ve sahip olunamama şeklindedir.

Soyutluk hizmet alımında onu temsil niteliğinde somut bir varlığın olmamasını ifade eder. Sağlık hizmetlerinin konusunu da soyut eylemler oluşturur ve hizmet alan kişi hizmetin niteliğini kavrayarak onu değerlendirmekte zorluk çeker (Öztürk, 2003:9).

Dayanıksızlık soyut olmasının doğal bir sonucudur. Beş duyu organımız ile algılayamadığımız hizmetleri somut olmadıkları için depolayamayız. Üretildiği anda tüketilmesi gerekir (Akdoğan, 2011:11).

Mallar üretilir, satılır ve tüketilir. Üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Dolayısıyla hizmeti üreten kişiden ayrı düşünmek imkansızdır. Bu durum üretici ile tüketici arasında aracı olmasını da engeller.

Çoğu hizmet sektöründe müşteri hizmetin üretilmesine katkıda bulunmayı istemektedir. Özellikle sağlık, eğitim ve sosyal hizmet alanlarında müşterinin hizmetin üretilmesine aktif katılımı söz konusudur. Hatta kamu sektörlerinde hizmetin üretilmesine katılım bir zorunluluk haline dönüşebilmektedir. Örneğin vergi hizmetleri, konut planlaması bu kapsama örnektir (Morgan ve Murgotrayd, 1994:10; Aktaran: Akgeyik, 1997: 83).

Hizmet; yapısı, kalitesi ve kapsamı açısından değişiklik gösterir. Bu durum hizmet kalitesi ve performansının kesin olarak ölçülmesini zorlaştırır (Akdoğan, 2011:9).

Heterojenlik ferdin öncelik ve beklentilerine dayanan açık ve zımni hizmet faktörlerinin sonucunda ortaya çıkar. Farklılıklar aynı firmada, aynı mesleklerde çalışanların ürettikleri aynı hizmette bile var olabilmektedir. Bu değişkenlik, hizmet faktörlerinin tümü için hesaplanabilir bir standart yaratmayı zorlaştırır (Morgan ve Murgotrayd, 1994:10; Aktaran: Akgeyik, 1997: 85).

Somit varlıkların satın alma yoluyla hak sahipliği edinilirken soyut olan hizmetlerde sahip olma değil faydalanma söz konusudur. Örneğin bir oda kiraladığınızda o odaya sahip olmaz geçici bir süre odadan faydalanırsınız. Hizmetlerden faydalanma durumu bu hakkın somut mal sahipliğini devretmek gibi başkasına devredilmesini imkansız hale getirir. Başkasına devredilemeyen faydalanma halinin ikinci el pazarında başka alıcılara sunulması da mümkün değildir (Erdem,2007:16).

2.1.3. Kalitenin Tanımı

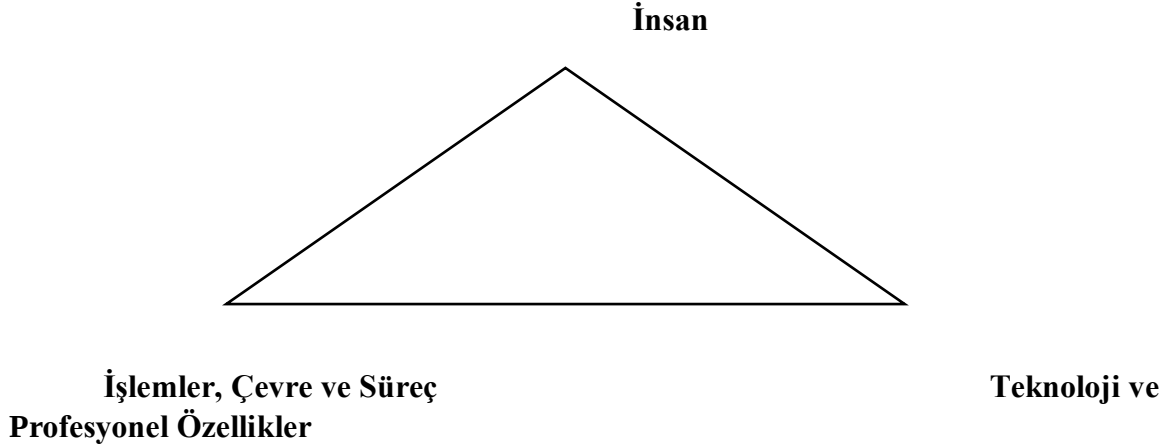
Günümüzde çağdaş yönetim bilimi çerçevesinde kalite, ürün odaklı değil ancak tasarımdan sunuma kadar tüm süreçlerin adım adım doğru ve eksiksiz olmasını amaçlayan bir kavramdır. Kalitenin temelini onu oluşturan mal ya da hizmeti sağlayan kişinin performansı oluşturur. En genel tanımıyla bir ürün ya da hizmette kaliteden bahsedilebilmesi için beklentileri karşılaması gerekmektedir.

Kalitenin temeli müşteri emmnuniyetidir. Müşteri memnuniyeti bağlılığı arttırarak rekabet avantajı sağlar. Bu da sürekli gelişme –Kaizen- ile mümkündür. Kalite çalışmaları sürekli iyileştirme gerektiren sonsuz faaliyetlerdir (Oksay,2016:182).

Aşağıda dünya çapındaki kuruluş ve uzmanlar tarafından yapılmış olan kalite tanımları verilmiştir (Yazgan,2009).

- Kalite, bir ürün ya da hizmetin önceden belirlenmiş ya da tahminlenebilir düzeydeki ihtiyaçları karşılama özelliğidir (ISO 8402).
- Mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme özelliklerinin tümüdür (Amerikan Kalite Derneği - ASO).
- Tüketicinin tahmin edilebilir / karşılanabilir isteklerine uygunluk derecesidir (Avrupa Kalite Organizasyonu – EQO).
- Kalite, gerekliliklere uygunluktur (P.Crosby).
- Kalite, kullanıma uygunluktur (J. M. Juran).
- Kalite, ürünün sunumu sonrası neden olduğu minimal zarardır (G.Taguchi).

Kaliteyi ürün ve hizmet açısından ayrı ayrı değerlendirmek gerekir. Üretim sürecinde önce ürün oluşturulup müşteriye daha sonra ulaşılmakta iken hizmet sunumunda üretici ve tüketici aynı anda etkileşimde olmaktadır. Ürünün neleri, ne kadar içerdiği, önceden belirlenmiş standartları ne ölçüde gerçekleştirdiği, kabul edilebilir bir fiyat ve maliyete sahip olup olmadığı gibi faktörler kalitesini belirler. Hizmet ise emek odaklıdır, emek sunan kişilere göre farklılık gösterir. Kişiler, zaman, ortam gibi faktörler değişikliklere sebep olmaktadır bu nedenle Hizmet kalitesini standartlaştırmak zordur. Hizmette kalite için Şekil 2’de yer alan “Hizmet kalitesinde Denge Üçgeni”ni göz önünde bulundurmak gerekir.



Kaynak: (Hayran, Uz,2009)

Şekil 2: Hizmet kalitesinde Denge Üçgeni

ABD’li Donabedian’a göre “Sağlık hizmetlerinde kalite, teknik, kişiler ve çevresel etkenlerin bir ürünüdür.”(Hayran ve Uz,2009; Aktaran: Yazgan, 2009:15).

2.1.4. Hizmet kalitesi ve Hizmet kalitesi Kavramları

Kaliteli hizmet kalitenin temelini oluşturan hizmet sunucusunun performansının hatasız ve beklentiyi karşılar nitelikte olmasıdır. Doğru zamanda, doğru şekilde ve eksiksiz olarak hizmet sunumunu gerçekleştirmektir.

Bu tanımlara göre Hizmet kalitesi hizmetlerin kusursuz olması, mevcut sorunu ortadan kaldırması, ihtiyacı gidermesi, güvenilir olması, uygun zamanda sunulması, ödenen bedelin karşılığını vermesi gerekmektedir (Sevimli,2006: 11-15).

Sunulan hizmetin kaliteli olması için müşterinin beklediği karşılığı vermesi – daha iyi ihtimalle geçmesi- gerekmektedir. Dolayısıyla müşterinin ne beklediği ve ne algıladığı Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde büyük önem taşır. Soyut yapıları, hizmeti sunan kişiye göre değişkenlik göstermeleri, stoklanamayışı, sunulduğu anda faydalanılması gibi özellikler kalitesini ölçmeyi zor hale getirir. Ancak bu Hizmet kalitesinin ölçülmesi gerektiği gerçeğini değiştirmez. Araştırmacılar bazı ortak bulgularla Hizmet kalitesi ile ilgili şu sonuçlara ulaşmıştır (Parasuraman, ve diğerleri, 1985; 53):

- Soyut varlıkların kalitesinin değerlendirilmesi somut varlıklara göre daha zordur. Hizmet kalitesinin ölçümü sayısal verilerle değil subjektif değerlendirmelerle mümkündür.

- Tıpkı hizmetin üreticileri gibi hizmetlerden faydalanan tüketiciler de kalitesini değerlendirirken zorlanırlar.
- Hizmet kalitesi ile ilgili algı hizmet sunumundan önce sahip olunan beklenti ile hizmetten faydalandıktan sonra oluşan tatminle alakalıdır. Tatmin beklentinin üzerinde ise o hizmet kalitelidir.
- Hizmet kalitesi bütün süreç göz önünde bulundurularak değerlendirilir.

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde beklenen Hizmet kalitesi ve Hizmetin algılanan kalitesinin etkisi büyüktür. Zeithaml hizmetin algılanan kalitesini, "Müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı" olarak tanımlamaktadır. Ghobadian ise; "Hizmetin algılanan kalitesi, müşterilerin hizmet kalitesine yönelik sezgileridir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir" şeklinde tanımlamıştır. Parasuraman, Zeithaml ve Berry 'e (1985, 48-49) göre Hizmetin algılanan kalitesi, hizmet öncesi beklenti ile hizmet sunumu sırasında oluşan algının sonucudur ve değerlendirme bu karşılaştırma ile mümkündür (Demirel vd, 2009: 3).

Karşılaştırma söz konusu olduğunda beklenti ile algılanan büyüklüklerinde değişim kalitenin seviyesini gösterir. Algılanan beklentiyi karşılamazsa düşük bir kaliteden söz edilir, benzer şekilde algılanan beklentinin üzerinde ise ideal bir kalite söz konusudur (Parasuraman ve Diğerleri ,1985:48-49; Aktaran: Kavuncubaşı,2008: 22).

Hizmet kalitesinin müşteri tarafından algılanışına etki eden olay ise hizmeti sunan tarafın imajıdır. İmaj teknik kalite ve fonksiyonel kalitenin bileşeninden oluşur. Teknik kalite müşteriye sağlanan hizmet ile ilişkisinden edindiği değeri ifade eder. Hizmetin nitelikleri ise fonksiyonel kaliteyi oluşturur. Örneğin, hastanın randevudan muayeneye, tetkik sonuçlarının incelenmesinden tedavi programının hazırlanmasına ve takibine kadar geçen süreçte teknik performans sergilenir. Öte yandan doktor ile hasta arasındaki ilişki deneysel performansı yansıtır ve büyük ölçüde hastanın Hizmet kalitesi algısına etki eder.

Bir hizmetin pozitif imajı müşteri açısından negatif deneyimleri tolare eder. Bu durum aynı negatif değerin sıklıkla tekrar edilip imajının zarar görmesine kadar sürer. Araştırmalar fonksiyonel kalitenin teknik kalite ile ilgili sorunları kapatabileceğini saptamış ancak bunun tüm düşük seviyeleri gideremeyeceği sonucuna varmıştır. Eğer teknik kalite en azından tatmin edici ise, bu durumda fonksiyonel kalite müşterinin

algılamalarını belirleyen en önemli unsur olmaktadır. Ayrıca teknik kalitenin firmalar arasında oldukça benzer olan hizmetlerde fonksiyonel kalite farklılaşmasının önemli bir aracıdır. Aslında hizmetlerde müşteri etkileşimi geleneksel pazarlama faktörlerine göre işletmenin imajını daha fazla güçlendirmektedir (Akgeyik, 1997: 110).

2.1.5. Hizmet kalitesinin Boyutları

Hizmet sektöründeki hızlı gelişimler, pazar rekabetinin zorlaşması, tüketicilerin kaliteye bilinçli yaklaşımı hizmet sunan işletmelerin kaliteye önem vermesini zorunlu hale getirmiştir. İstenen kaliteyi sunan işletmeler rakiplerinin önüne geçmekte, karlılıklarını sürekli hale getirip rekabet avantajı sağlamaktadırlar. Mevcut müşterilerle iş hacmini arttıran, yeni müşterilerin ilgisini çeken bu stratejiler hatalı üretimi de azaltarak fiyat/ maliyet ilişkisinde avantajlı hale gelmeyi sağlar. Bu durum hizmet sunan işletmelerin Hizmet kalitesini geliştirmeye öncelik vermesini sağlar (Sevimli,2006: 11-15).

Tablo 2: Hizmet kalitesi Boyutları

YAZARLAR	ÖNERİLEN BOYUTLAR
SASSER, OLSEN, WYCKOF (1978)	- Maddi ürün niteliği - Hizmetin sunulduğu fiziksel koşulların niteliği - Personelin davranışları
LEHTINEN (1983)	- Üç boyutlu yaklaşım - Süreç ve çıktı odaklılık
GRÖNROOS (1983)	- Teknik ve işlevsel kalite, imaj
PARASURAMAN, ZEITHAML VE BERRY (1985)	- Güvenilirlik - İletişim - Heveslilik - İnanılabilirlik - Yetenek - Güvenlik - Ulaşılabilirlik - Müşteriyi tanıma/anlama - Nezaket - Hizmet ortamı
NORMANN (1988)	Değiştirilebilir ve değiştirilemez özellikler

Kaynak: (Uyguç, 1998: 36-37; Aktaran: Sevimli,2006:15)

Hizmet kalitesini boyutları Tablo 2’de sunulmuştur, bu yaklaşımların en geniş kapsamlısı Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen on kalite boyutudur (Sevimli, 2006: 16-17):

- **Güvenilirlik**

Performansın ortalama değeri her hizmet sunumunda karşılaması, doğru zamanda, aynı şekilde ve hatasız olarak sunulması, yazılı kurallara uygun olmasını kapsar.

- **Heveslilik**

Hizmeti sunmaya hazır olmak ve istekli olmak anlamındadır. Müşterinin talebine zamanında yanıt vermek yardımcı olmak geri bildirimleri geciktirmemek vs örnek olarak gösterilebilir.

- **Yetenek**

Hizmeti sunmak için gereken bilgi birikimi ve tecrübeye sahip olmak, hata riskini azaltmak, araştırma ve geliştirme ile hizmet sunumunu iyileştirmektir.

- **Ulaşılabilirlik**

Hizmet sunucusuna kolay erişebilme, iletişim kanallarının açık olması, hizmeti sunan kişiyi kolay bulabilmektir.

- **Nezaket**

Hizmet sunucularının müşteriye karşı tutum ve yaklaşımın saygın, seviyeli olmasıdır. Hizmet alanın memnuniyeti kadar hizmet sunucusunun da işinden memnun olması ve bunu müşteriye yansıtması önemlidir.

- **İletişim**

Hizmetin müşteriye açık ve anlaşılır şekilde ifa edilmesi, karmaşıklık ve yanlış anlaşılmalara sebebiyet verecek ihtimallerin ortadan kaldırılmasıdır.

- **İnanılrlık**

Hizmet sunucunun samimi davranması müşterinin kendisine inanmasıdır. Bu durum işletmenin inanılrlığı ve itibarı açısından önemlidir.

- **Güvenlik**

Sunulan hizmetin tehlike ve risk içermemesini belirttiği gibi hizmet alanların bilgilerinin gizlenmesini de kapsar. Mahremiyetin korunmasına hasta bilgilerinin saklanması veya banka müşterilerinin bilgilerinin korunması örnek olarak gösterilebilir.

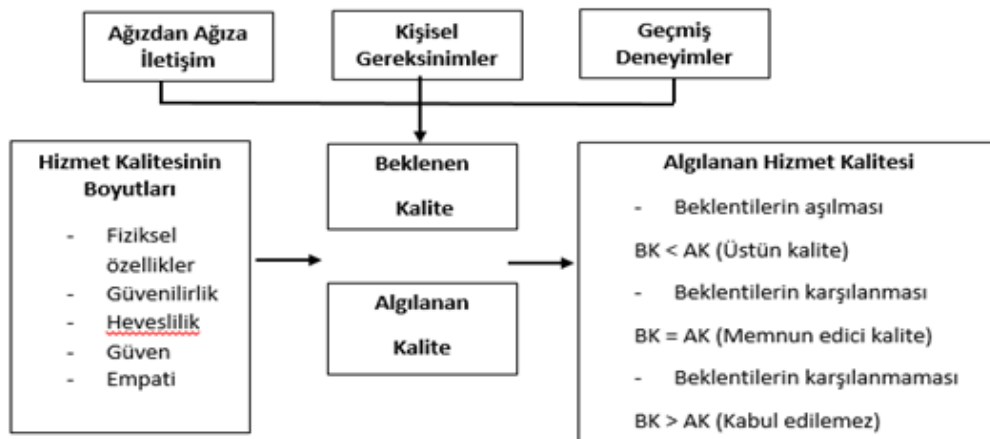
- **Müşteriyi Tanıma/Anlama**

Hizmeti sunan kişi ile müşteri arasında yakınlık olması, müşterini tanınması, istek ve ihtiyaçlarının zaman içerisinde edinilen tecrübe ile müşteriye sorulmadan bilinebilmesini kapsar.

- **Somut Özellikler**

Hizmet sunucusunun dış görünüşünden hizmeti sağladığı ortamın fiziksel koşullara kadar tüm hizmet ortamını kapsar. Çalışanların birbirleriyle etkileşimi, kullanılan iletişim kanalları, örgütü oluşturan bireylerin davranışlarıyla şekillenen örgüt iklimi buna dahildir.

Hizmet kalitesinin boyutları farklı çalışmalarda değerlendirilmiş ve genel olarak beş boyuta indirgenmiştir; fiziksel varlıklar, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empatidir (örgütün kendini müşterinin yerine koyabilmesi). Tablo 3’ te bu beş boyut gösterilmiştir (Yazgan, 2009: 22). Şekil 3 ise bu beş boyut ile algılanan ve beklenen kalitenin etkileşimi görülmektedir.



Kaynak: (Parasuraman vd., 1985: 44)

Şekil 3: Parasuraman’a Göre Hizmet kalitesi Boyutları

- **Fiziksel Varlıklar**

Hizmete konu olan kişiler, kullanılan araç ve gereçler ile hizmet sunumunun sağlandığı fiziksel ortamdır.

- **Güvenilirlik**

Hizmetin vaat edildiği şekilde yerine getirilmesi, hata payına izin verilmemesidir.

- **Yanıt Verme**

Müşterilerden gelen taleplere zamanında ve doğru dönüş yapılmasıdır.

- **Güven**

Hizmet sunanların bilgi ve tecrübeleriyle işini doğru yapacağını temin etmesidir.

- **Empati**

Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesidir.

Tablo 3: Birleştirilmiş Hizmet kalitesi Boyutları

BOYUTLAR	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Fiziksel Varlıklar	X				
Güvenilirlik		X			
Yanıt Verme			X		
Yeterlilik Nezakət İnanırlılık Emniyet				X	
Erişilebilirlik İletişim Müşteriyi Anlamak					X

Kaynak: (Alpaslan ve Karabatı,1996; Aktaran: Bulgan ve Gürdal, 2005)

2.1.6. Hizmet kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi

İşletmelerin bilançolarında yer almayan ancak en değerli kabul edilen varlıkları müşterileridir. Müşteriyi sadece hizmeti talep eden taraf olarak değil (dış müşteri) hizmeti sunmak için faaliyet gösterirken çalışanlar ve karşı taraf ile etkileşime giren bireyler olarak da (iç müşteri) düşünmek gerekir (Eroğlu,2005: 9).

Hizmet kalitesinin işletmelere rekabet konusunda sağladığı avantajlardan daha önce bahsetmiştik. Hizmet alan taraf hizmetten önce oluşan algısı ile hizmet sonrası oluşan memnuniyetini karşılaştırmaktadır. Eğer memnuniyeti beklediği Hizmet kalitesinin çok daha fazlasını alması ile yükselmişse, o hizmet sunucusundan faydalanmaya devam eder (Seth ve Diğerleri ,2005:914; Aktaran: Durukan ve İkiz,2007: 41).

Müşteriler Hizmet kalitesinin yükseltilmesi için belirleyici rol oynar, beklentileri ile işletmelere sunacakları hizmet kalitesi bakımından yol gösterirler. Beklentiler, hizmet sunumu sonrası geri bildirimler, olumlu ve olumsuz yönde (istek ve şikayet) verilen tepkiler işletmeye neyi yapacağı ve nasıl bir yol izleyeceği konusunda ışık tutar (Sevimli,2006: 16).

Müşteri memnuniyetine etki eden başlıca faktörler müşterilerin deneyimleri (alınan hizmet önceki deneyimler ile karşılaştırılır), demografik ve sosyo-kültürel özellikler, alınan hizmetle ilgili bilgi birikimi, sunulan hizmetle ilgili çevrelerinden edindikleri bilgilerdir.

2.2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE ÖLÇÜMÜ

2.2.1. Sağlık İşletmesi Kavramı ve Özellikleri

Sağlık işletmeleri özellikleri bakımından diğer hizmet üreticilerden ayrılırlar. Sağlık işletmelerinin yapı, süreç ve çıktı (sonuç) ile ilgili belirleyici özelliklerini Devedbakan'ın (2001) çalışmasından derleyen Yazgan (2009) şu maddeleri sunmuştur:

- **Sağlık İşletmeleri Karmaşık Yapıda Organizasyonlardır.**

Teknolojik gelişmelere açık olması, aktif ve karmaşık bir bilim dalı ile hizmet sunması, hastalıkların kişilere ve kendi içinde evrelerine göre farklılık göstermesi gibi pek çok faktör bulunur.

- **Sağlık İşletmelerinde Uzmanlaşma Düzeyi Çok Yüksektir.**

Özellikle son yıllarda tıp bilimi ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler mesleklerin uzmanlık alanlarını geliştirmekte iş bölümünü yoğun ve karmaşık hale getirir.

- **Sağlık İşletmelerinde İşlevsel Bağımlılık Çok Yüksek.**

Sunulan sağlık hizmeti birden çok meslek grubunun karşılıklı çalışmasına, kişilerin kendi aralarında etkileşim içinde olmasına sebep olur. Farklı birimlerin bir araya gelerek oluşturduğu sağlık hizmetinde kişiler birbirine bağımlıdır ve yapılacak bir hata sunulan hizmeti genel anlamda etkileyerek sağlık işletmesinin performansını da olumsuz etkiler. Örneğin bir ameliyat işleminde sadece doktor, hemşire ve anestezi uzmanından oluşan ekip değil yan hizmetleri sunan destek ekipleri de yer almaktadır.

- **Sağlık İşletmelerinde Öncelik Kurumsal Hedefler Değil İnsandır.**

Sağlık hizmeti sunucuları diğer sektörlerde kıyasla eğitim konusunda daha ağır ve uzun süreçlerden geçen kişilerdir. Sağlık profesyonelleri mesleklerini öncelikli tutmakta kurumsal amaçları arka plana iterek (daha çok müşteri çekme ya da maliyet azaltma gibi) önceliği tedavi ve bakım hizmetine vermektedirler. Bu durum kimi zaman sağlık kurumu yöneticilerinin verimlilik ve kalite amacıyla aldığı önlemlerin sunulan hizmetle örtüşmemesine ve fikir ayrılıklarına sebep olur.

- **Sağlık İşletmeleri Hizmeti Sunucularının Fonksiyonları, Tümüyle Denetlenebilir Özellikte Değildir.**

Sağlık hizmeti sunucularının faaliyetleri bazı yönetsel ve kavramsal mekanizmalarla denetlenebilir ancak doğrudan denetim ve kontrol mümkün olmamaktadır. Kendi alanlarındaki uzmanlıkları ile işlerini yapan sağlık profesyonellerinin bu alanda eğitimi olmayan yöneticiler tarafından takibi ve kontrolü dolaylı olarak mümkün olmaktadır.

- **Hastane İşletmeleri Yöneticileri İle Sağlık Personeli Arasında Otorite Sorunu Vardır.**

Daha önce bahsedildiği gibi sağlık çalışanlarının alanının özel uzmanlık gerektirmesi ve profesyonellik seviyelerinin yüksek olması özerkliğe sebep olmaktadır. Yönetimle sağlık çalışanları arasında çatışmalara sebep olan bu durum otoritenin sağlanmasında zorluğa sebep olmaktadır.

Toplumun en karmaşık yapılarından biri olan hastaneler Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, “hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerinin yanı sıra

rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları” olarak tanımlanmıştır (Yazgan, 2009: 39).

Hastaneler pek çok çeşitli yapı ile sınıflandırılabilir; teşhis, tanı ve tedavi yöntemleri, hekimlik hizmeti türleri, eğitim, araştırma veya hizmet öncelikli olma, yönetim şekli, finansal kaynakları, yatak kapasiteleri personel yapısı vs pek çok faktör mevcuttur.

Verilen tedavi hizmetinin türüne göre genel ve özel (kadın doğum hastanesi vs.) dal hastaneleri, hastaların hastanede kalış sürelerine göre kısa süreli (devlet hastanesi vs.) hastaneler ve uzun süreli (akıl ve ruh sağlığı hastanesi vs.) hastaneler, finansal kaynakların türüne göre özel ve kamu hastaneleri ayırımı yapmak mümkündür.

Hastaneler, karmaşık yapıda olan hizmet organizasyonlarıdır. Çok ve farklı türlerdeki hastalıklar, gelişmiş bir teknoloji ve aşırı iş bölümü içeren uzmanlaşma alanları ihtiyacını doğurmuştur. Mesleki örgütler, kamu kuruluşları ve sigorta şirketleriyle uyum sağlamak, yapısal karmaşıklığa yol açmaktadır.

2.2.2. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Özellikleri

Sağlık hizmeti kavramı hizmetin sunumu sırasında kullanılan araç ve yöntemler ile hizmeti sunan kişi açısından ayrı ele alınır. Hizmet sunumunda kullanılan araç ve yöntemlerin tanımlanması, ölçülmesi veya karşılaştırılmasında standardizasyon mümkünken hizmeti sunan kişiler farklılık göstermektedir.

Toplum sağlığını korumak, hastalıklarla başa çıkmak gibi çalışmalar sağlık hizmetinin temelini oluşturur. İyileşme sürecinde olumsuz yan etkileri sürdürmeye devam eden bireylerin rehabilite edilmesi de bu hizmetler içerisinde yer alır (Tatarlı,2007:6; Aktaran: Yurtsever, 2003: 102).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ülke genelinde örgütlenmiş kalıcı bir yapıya sahip olan sağlık kuruluşlarını farklı alanlarda hizmet veren sağlık personellerinden oluşan, istek ve gereksinimlere göre farklı amaçlara hizmet ederek koruyucu, tedavi ve rehabilite edici etkinlikler sağlayan yapılar olarak tanımlar (Karabulut,1998:16; Aktaran: Karabulut ve Yapraklı, 2001: 118-119).

Burada temel amaç farklı nitelikler ve süreçler gerektiren sağlık hizmetlerini istenen kalitede, doğru zamanda ve düşük maliyetle sunabilmektir. Ülkemizin genel durumu incelendiğinde hastanelerin, sağlık personellerinin, kullanılan ekipmanların sayı olarak yetersiz olması bu sektörün iyileştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur (Zerenler ve Ögüt, 2007:504)

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet türlerinden ayıran bazı özellikler vardır; öncelikli amacın kar elde etmek olmaması, 7/24 ara vermeden hizmet sunumuna hazır olmak, konusunda özel bir uzmanlaşma gerektirmesi, belirsizlik ve değişkenliğin yüksek olması, talebin arz edilenden fazla olması bunlardan bazılarıdır (Tarım,2009; Aktaran: Tanrıverdi ve Erdem,2010: 75).

Bir diğer özellik ise hizmet alanların hizmet sunuculara aktif katılımı, yardım ve yönlendirmesine ihtiyaç duyulmasıdır. Ayrıca, sağlık kuruluşlarının fiziksel şartları hizmetin değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Apaydın,2009; Aktaran: Tanrıverdi ve Erdem,2010: 75).

Sağlık hizmetinin kendine özgü kimi nitelikleri vardır. Pala'nın 2007 yılında yaptığı inceleme bu nitelikleri açıklar.

- **Sağlık hizmeti rastlantısal olarak tüketilir, önceden planlanmaz.**

Sağlık hizmeti sunumu öngörülemez niteliktedir. Nerede, ne zaman ve kim tarafından ihtiyaç duyulacağı önceden kestirilemez. Özel hastaneler yapısı gereği kar elde etme amacı güderler. Bu sebeple kar getirisi yüksek olmayan alanlara yatırım yapmak istemezler. Bu durum bazen kötü amaçlı uygulamalara da sebep olabilir. Müşteriden yüksek gelir elde etmek amacıyla gereksiz tahlil ve tetkikler istenmesi bunlara örnek olabilir. Sağlık hizmetinin sadece özel sektöre bırakılmaması, devlet tarafından ihtiyacı karşılayacak sağlık işletmeleri kurulması zorunludur.

- **Sağlık hizmeti ikame edilemez.**

Sunulan sağlık hizmeti yerine başka bir hizmet konulamayacak şekildedir. Sağlığın temel bir insan hakkı olduğu göz önünde bulundurularak parası ya da sağlık güvencesi olmayan bireylerin de bu haktan yararlanması sağlanmalıdır.

- **Sağlık hizmeti geciktirilemez.**

Ürün ya da hizmet alımında müşteriler maddi olarak satın alma ya da faydalanma maliyetini karşılayacak güçte olmalıdırlar. Ancak gerek acil gerek kronik durumlarda ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin ertelenmemesi gerekir. Kişinin yaşamını, vücut bütünlüğünü tehlikeye sokacak risklerde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin hemen sunulması gerekir. Bunun yolu devletin sağlık hizmeti sunmasından geçmektedir.

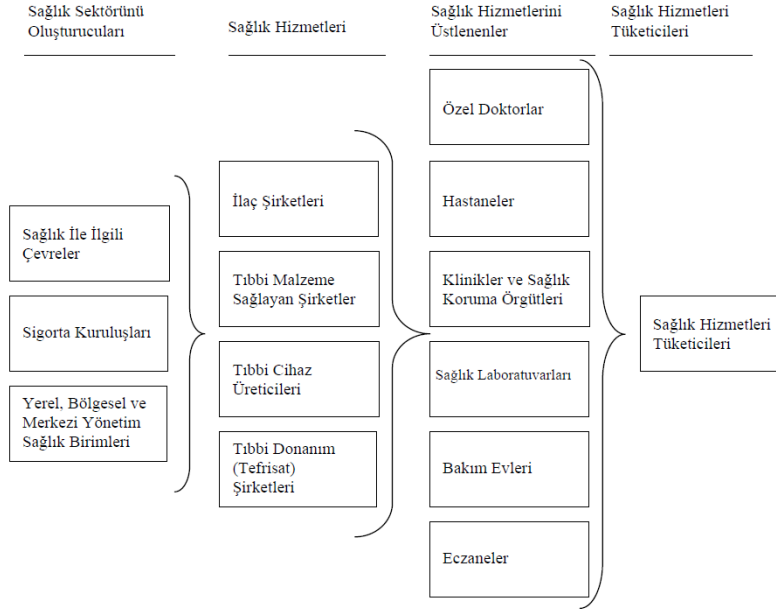
- **Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını sağlık personeli belirler.**

Ürün ve diğer hizmet alanlarında hizmetin boyutu ve kapsamı müşteriye göre belirlenirken sağlık hizmetlerinde sağlık personeli belirleyicidir. Teşhis ve tedavi hizmetlerinde fazladan prosedürlerin uygulanması yanlış veya fazla sayıda işlem yapılması, hastanın alternatif tedavi yöntemler varken ameliyat edilmesi, normalden uzun süre hastanede yatırılması gibi durumlar hem hatalı karar hem de kötüye kullanımdır.

- **Sağlık hizmetinin çıktısı maddi olarak ölçülemez.**

Ürün ve hizmet sunumu neticesinde para kazanılır ve karlılık artar. Sağlık hizmeti sunumunun neticesi kişinin iyileşmesi, sakatlık ya da ölüm gibi sonuçlardır. Çıktının kar getirici olarak görülmesi, ticari amaç güdülmesi durumunda yaşamın değeri parayla ölçülmüş olacağı gibi bu parayı karşılayamamak kişilerin hayatları da önemsiz sayılmış ve kişi kaderine terk edilmiş olur (Pala,2007: 14-16).

Sağlık hizmetleri endüstrisi sınıflandırmanın zor olduğu bir yapıya sahiptir. Şekil 4 sağlık hizmetleri endüstrisinin sınıflandırmasını göstermektedir. Buna göre sağlık hizmetleri tüketicilerini mevcut ya da potansiyel hastalar oluşturur. Sağlık hizmetini üstlenenler hizmet sunucusu olan sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayanlar ilaç ve tıbbi cihaz / malzeme tedarikçileridir. Sağlık sektörü oluşturucuları ise sağlık kurumları, sigorta şirketleri ve sağlık birimleridir (Odabaşı,1994:26; Aktaran: Erdem,2007:50).



Kaynak: (Odabaşı, Y. 1994; Aktaran: Erdem,2007)

Şekil 4: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

Sağlık hizmetleri endüstrisini diğerlerinden ayıran başlıca özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Erdem, 2007: 52-54):

- Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hâkimdir. Sunulan hizmet ile talep edilen arasında eşitsizlik vardır, arz miktarı sınırlıdır bu durum tekel oluşmasına sebep olabilir. Talep belirsizdir, önceden tahmin edilemez. Sağlık hizmeti homojen değildir, standartlaştırılmaz. Müşteriler çoğu zaman ihtiyaç duydukları hizmet hakkında bilgisizdir.
- Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez.
- Fiyat belirlerken gerçek maliyet dikkate alınmaz.
- Kar amacı güden özel işletmeler ile devlet işletmeleri piyasada karma bir yapı oluşturur.

Ürün sağlayan işletmeler ile hizmet sağlayan işletmeler arasındaki önemli farklılıklar;

1. Bir mal gözle görülebilir somut varlıkta iken hizmet performans odaklıdır, elle tutmak ve gözle görmek mümkün değildir, dolayısıyla ölçülemez.

2. Hizmet sunumu ile hizmetten faydalanma aynı anda olur bu sebeple hata yapılmaması gerekir. Örneğin yanlış tedavi hastayı mevcut durumundan daha kötü hale getirebilir.
3. Üretim işletmelerinde üretici ile müşteri yüz yüze gelmemektedir ancak hizmet sunumu karşılıklı etkileşim ile olmaktadır. Bu durum hizmeti sunan kişinin davranışları ve fiziksel görüntüsünün müşteri algısını etkilenmesine sebep olur.
4. Üretilen mal stoklanır ancak hizmet için bunu söylemek mümkün değildir. Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir.
5. Hastanın hakkında verilecek karar, teşhis ve tedavi yöntemi hakkında bilgi ve tecrübe sahibi olması beklenemez.
6. Üretilen mal tek tipte çok sayıda olabilir ancak hizmet sunumu kişiden kişiye farklılık gösterebilir.
7. Üretilen mal sermaye yoğun yapıda iken hizmet sunumu emek yoğunudur.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri

Erdem (2007), gerçekleştirdiği çalışmada Odabaşı (1994), Toker (1999), Yerebakan (2000) ve Kavuncubaşı'nın (2000) çalışmalarını derlemiş ve sağlık hizmetlerinin temel yapısal özelliklerine açıklık getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin bir takım ayırt edici özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- **Çıktının ölçüm ve tanımlaması zordur.**

Sağlık hizmetlerinin çıktıları kısa sürede gözlemlenebilir değildir (Yerebakan, 2000: 48). Sürecinin temelini insan odaklı olması hizmetlerin sonuçlarının hızlı

görülmesini zorlaştırır örneğin ameliyat sonucunu görmek zaman alır (Kavuncubaşı, 2000: 56).

- **Çeşitli meslek grupları birlikte hizmet verir.**

Tıbbi hizmetlerin yanı sıra konaklama hizmetleri, teknik ve destek hizmetleri, eğitim, danışmanlık, araştırma, taşımacılık vs pek çok hizmet grubu birlikte hareket etmektedir (Yerebakan, 2000: 48).

- **Yapılan işler karmaşık ve değişkendir.**

Sadece tanı ve tedavi değil aynı zamanda eğitim ve araştırma hizmetleri de sunulmaktadır. Bu durum örneğin eğitim ve araştırma odaklı olan, daha karmaşık vakaların incelendiği üniversite hastanelerini devlet hastanelerinden karmaşık hale getirir. Aynı hastalığın farklı kişilerde değişik belirtiler göstermesi, kişinin yaşına, diğer hastalıklarına vs bağlı olarak alternatif tedaviler uygulanması da süreci karmaşıktırır (Kavuncubaşı, 2000: 54-55). Kısacası sağlık hizmetleri kişiye özgüdür, standart hale getirilemez (Yerebakan, 2000: 48).

- **Yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir.**

Sağlık hizmeti 7 / 24 aralıksız sunulmaktadır. Sağlık hizmeti almak için kuruma başvuran kişi reddedilemez ve geri çevrilemez. Kanamalı hastanın bekletilmesi, ameliyat olacak hastanın işlem görmeden taburcu edilmesi mümkün değildir (Kavuncubaşı, 2000: 55).

- **Uzmanlaşma yüksektir.**

Hizmet çeşitliliği ve gelişime açık olması sebebiyle yüksek eğitim düzeyi ve uzmanlık gerektirir (Yerebakan, 2000: 49).

- **Sağlık kurumlarının işlevsel bağımlılığı çok yüksektir.**

Farklı branşlar ortak hareket ederler. Birimlerin işlerini tamamlaması için diğer birimlerin işinin tamamlanması ya da eşgüdümlü olarak devam etmesi gerekir. Buna

ortopedi hastasının tedavisinin planlanması için görüntüleme işleminin tamamlanması ihtiyacı örnek verilebilir. Yöneticiler birimlerin faaliyetlerini birbiriyle uyumlu hale getirerek aynı hedefe yönlendirir (Kavuncubaşı, 2000: 52-53). Birimlerin koordinasyon içinde çalışması faaliyetin aksamaması için önemlidir (Yerebakan, 2000: 49).

- **Yapılan işlemlerin hatalı ya da belirsiz olmasına müsaade yoktur.**

Hizmetin konusu insan sağlığı olduğu için hata ve belirsizliklere tolerans tanınmamaktadır. Deneme şansı olmadığı için ilk seferde doğru hizmeti sunmak gerekir (Yerebakan, 2000: 50). Ürünlerin hatalı olması zaman ya da para kaybına sebep olur ancak telafi edilebilir, sağlık hizmetlerinde ise yapılacak hatalar insanın hayatına olumsuz etkileri ile toplumsal zararlara sebebiyet verir (Toker, 1999:14).

- **Sağlık hizmetleri kıt kaynaklarla sunulur.**

Hem hizmeti sunan sağlık personeli, hem hizmet sunumu sırasında kullanılan araç ve gereçler hem de hizmetin sunulduğu fiziksel ortamlar yüksek maliyetli ve zor edinilir kaynaklardır. Yüksek maliyetli ve elde edilmesi zor kaynaklarla yüksek talep oranlarına hizmet sunulur (Toker, 1999:14).

- **Sağlık sektörünün gelişimi hızlıdır.**

Özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan araç ve gereçlerde büyük gelişmelere ve kolaylıklara sebep olmuştur (Toker, 1999: 14-15).

- **Sağlık hizmeti sunumunda tüketicilerin seçenekleri sınırlıdır.**

Sunulan sağlık hizmetinin çoğu zaman benzer kuruluşlarda karşılığı olmamakta, ya da edinimi için uzun zaman bekleme / yüksek paralar ödenmesi ihtimalleri oluşmaktadır. Bazı durumlarda ödenmesi gereken yüksek miktarlar kişilerde hazır iken hizmet sunumu zaman almaktadır. Örneğin; hastaneye yatma veya ameliyat olma işlemleri için doktor / heyet izni beklenmesi gibi (Toker, 1999: 15).

- **Tüketicinin sağlık hizmetleri konusundaki bilgisi azdır.**

Sağlık hizmetleri konusu gereği uzmanlık ister. Bu durum tüketicilerin ihtiyaç duydukları tedavi konusunda çoğu zaman yeterli bilgiye sahip olmamasına sebep

olur. Ürün alımında bir kez memnun kalınmaması durumunda ürün / satıcı değişikliği yapmak, Pazar araştırmasına gitmek tüketicinin yapabileceği bir şey iken sağlık hizmeti sunumunda tedaviyi seçme / değiştirme ve tedavi süreci hakkında detaylı bilgi edinme şansımız çoğu zaman düşüktür (Odabaşı, 1994: 29).

- **Tüketicilerin bilinçli davranamama riski vardır.**

Hastaların çoğu hasta olduklarını fark edememekte, fark etse dahi sağlık hizmeti talebinde bulunmamaktadır. Bu durum hastanın durumunu ağırlaştırmakta, toplumsal olarak olumsuzluklara sebep olmaktadır. Hastalıkların belirlenmesi ve kötü ihtimallerin elimine edilmesi için koruyucu / tarama sağlık hizmetlerinin sıklaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Odabaşı, 1994: 29).

- **Tıp mesleğinin özel kriterleri vardır.**

Sağlık hizmetleri konusu gereği önceden test edilemez niteliktedir. Sağlık hizmeti sunucuları hizmet sırasında sağladıkları güven, kalite ve memnuniyeti arttırmak için sağlık kurulları denetiminin yanında toplumsal ahlaki ve sosyal standartlara da uymak zorundadırlar (Odabaşı, 1994: 29).

- **Sağlık hizmetlerinde önceden tahmin edilebilirlik çok azdır.**

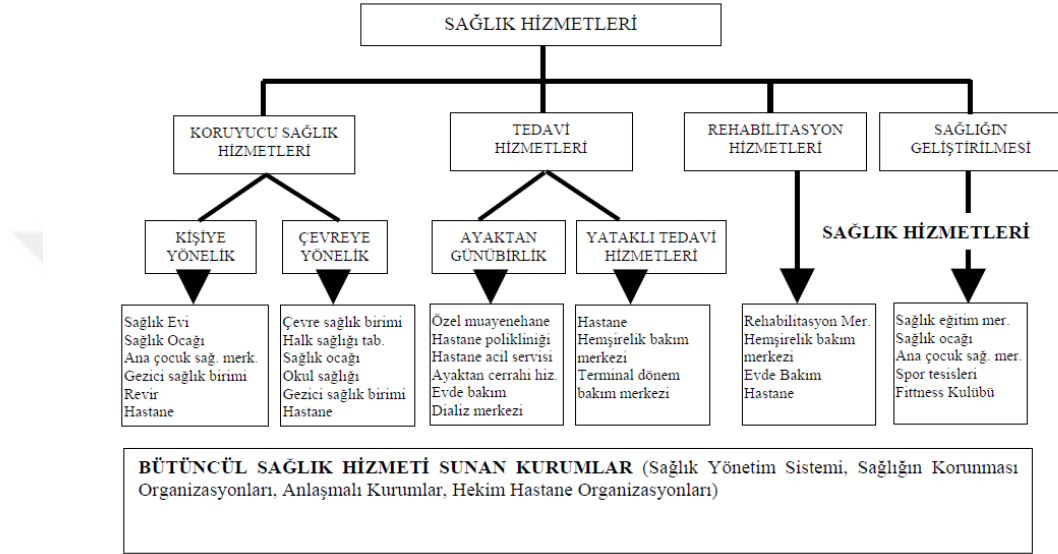
Sağlık hizmeti sunulurken tüketicilerin hizmet hakkında kısıtlı bilgiye sahip olması verilen hizmet konusunda sağlık personeli ve kuruma güven duymalarını zorunlu hale getirir. Verilen hizmetin sonuçları ve tüketicilerin sonuçtan ne derece memnun olacağı önceden kestirilemez (Odabaşı, 1994: 29).

- **Dış faktörler mevcuttur.**

Kişilerin sağlık hizmetine ihtiyaç duymasına dış çevrenin etkisi büyüktür. Salgın hastalıklar ve diğer çevresel etkiler kişilerin sağlığını olumsuz etkileyerek sağlık hizmeti ihtiyacı doğurur (Odabaşı, 1994: 29).

2.2.4. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırması

Sağlık hizmetleri; dört grupta toplanmaktadır. Şekil 5 sağlık hizmetlerinin dört grubu olan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirmeye yönelik olan sağlık hizmetlerini ve alt gruplarını göstermektedir.



Kaynak: (Yazgan, 2009)

Şekil 5: Sağlık Hizmetleri Sınıflandırması

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı hastalıklardan korunmak, mevcut sağlığı korumaktır. Aşılama ile, dengeli beslenme ile, spor takviyesi ile fiziksel ve duygusal iyilik halinin faaliyetlerle desteklenmesi ile sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavi ile hastalıkların ilerlemesinin önlenmesidir. Çevresel faktörlerin iyileştirilmesi yolu ile (su ve hava kirliliğinin önlenmesi, atıkların kontrolü, haşere ile mücadele, radyolojik kirliliğin önlenmesi vs çevreye yönelik koruyucu hizmetler sunulması da bu kapsamdadır (Kızılcı,1996:28; Aktaran: Erdem, 2007: 63).

Rehabilitasyon sağlık hizmetlerinin amacı hastalık ve kazalarla kişilerde oluşan bozukluk ve sakatlıkların iyileştirilmesini sağlayarak kişilerin fiziksel ve psikolojik olumsuzluklardan kurtulmasını desteklemektir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000: 145; Hayran ve Sur, 1998: 19; Aktaran: Erdem, 2007: 67). Destekleyici protez ve ortezlerle kişilerin rehabilite edilmesi tıbbi, engel yaşayan kişilerin topluma adapte olmasının

sağlanması ile sosyal rehabilitasyon faaliyetleri gerçekleştirilir (Yerebakan, 2000:21, Hayran ve Sur, 1998: 19; Aktaran: Erdem, 2007: 67).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin amacı hasta olan kişilerin iyileştirilmesi, önceki sağlıklı hallerine ulaştırılmasıdır.

Erdem'in (2007:67) farklı araştırmaları derleyerek belirttiği gruplarına göre tedavi hizmetleri üçe ayrılmaktadır:

- **Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Sağlık ocağı, sağlık merkezleri ve dispanserler aracılığı ile, yatarak tedavi gerektirmeyen sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır.

- **İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Yataklı hizmet veren sağlık kuruluşlarında tedavinin gününbirlik değil yatarak verilmesidir.

- **Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri**

Özel uzmanlık alanı tedavisi gerektiren ileri ve kompleks derecedeki hastalıkların tedavi edilmesidir. Özel dal hastaneleri ve araştırma hastaneleri buna örnektir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler, araştırma hastaneleri, kamu ve özel kuruluşların desteklediği dal hastaneleri gibi kuruluşlarca sağlanmaktadır. Şekil 6'da bu sınıflandırma yer almaktadır.

Kamu Sağlık Hizmetleri	Özel Kesim Sağlık Hizmeti	Sivil Toplum Kuruluşları Sağlık Hizmetleri	Yerel Yönetim Sağlık Hizmetleri
-Sağlık Bakanlığı -Sosyal sigortalar Kurumu -Savunma Bakanlığı -Üniversite Tıp Fakülteleri -Belediyeler -Diğer Bazı Bakanlıklar	-Hastaneler -Poliklinikler -Laboratuvarlar (Biyokimya, patoloji, nükleer tıp) -Görüntüleme Merkezleri -Muayenehaneler	-Vakıflar Bezm-i Alem Vakıf Hastanesi vs. -Dernekler Kızılay vb.	-İl, belediye ve köy halkının sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için verilen hizmetler Taramalar, aşı ziyaretleri, diş muayeneleri vs.

Şekil 6: Türkiye'de Sağlık Hizmeti Sunumu

2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Hizmet kalitesi tanımı zordur ancak birden çok tanımla genel bir yargı sağlamak mümkündür (Zengin ve Erdal,2005:49-50, Dursun ve Diğerleri ,2017: 97,Moss,2007:5 , Kang,2016:39; Aktaran: Can 2016: 65-66):

- Hizmet kalitesi, hatasız performansla mümkündür.
- Hizmet kalitesi, kusursuz ürünlerin satın alınmasıdır.
- Hizmet kalitesi, doğru tanıdır.
- Hizmet kalitesi, doğru önlemin bulunmasıdır.
- Hizmet kalitesi, sorunların ortadan kaldırılmasıdır.
- Hizmet kalitesi, güvenilir olmaktır.
- Hizmet kalitesi, etkili performans gerçekleştirmektir.
- Hizmet kalitesi, nazik davranmaktır.
- Hizmet kalitesi, güvenli performans göstermektir.
- Hizmet kalitesi, zamana uygunluktur.
- Hizmet kalitesi, derhal önlem alınmasıdır.
- Hizmet kalitesi, müşterinin parasının değerini almasıdır.
- Hizmet kalitesi, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır.
- Hizmet kalitesi, güvenli olmayan koşullara karşı korunmaktır.

Hizmet sunumu sonrası tatmin olma derecesi hizmet kalitesini belirler. Bu durum müşterinin beklenti ve gereksinimini ön plana çıkarır ve sunulan hizmetin özellik ve

nitelik bakımından karşılayabilirliği esastır (Esin,2002; Aktaran: Çiçek ve Doğan,2009:203).

Üretim ve hizmet alanında istek ve beklentilerin değişken olması değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (Varinli, 2004: 49).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli olmasının sebepleri şu şekilde sıralanabilir (Bekçi ve Toraman, 2011: 41; Öznalbant, 2010: 45; Aktaran: Çavuş ve Gemici,2013:240):

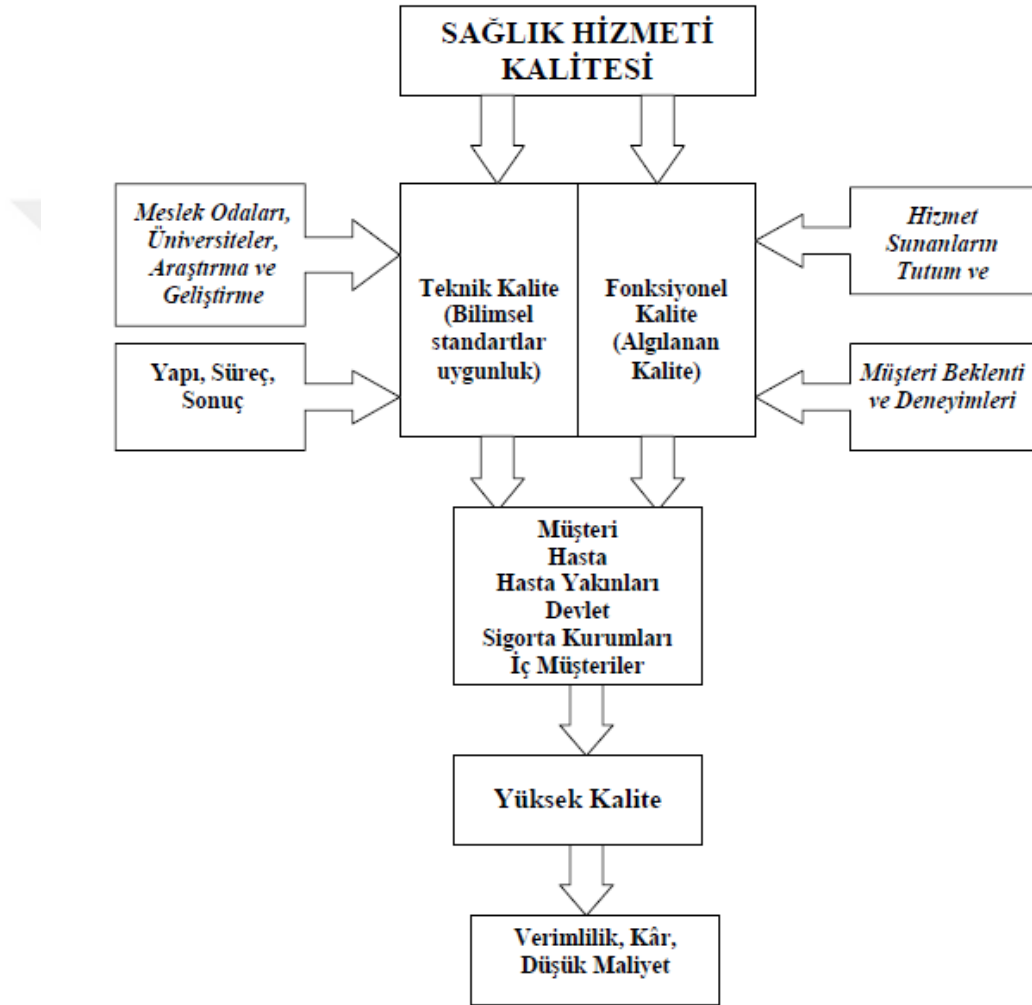
- Müşterilerin taleplerinin anlaşılması önemlidir,
- Kalite kavramı yönetsel olarak göz ardı edilemez önceliklerdendir,
- Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu hizmetidir ve devlet işleyişine konudur,
- Teknolojik gelişmelere açıktır,
- Müşterilerin iyileşmesi toplumsal boyutta faydayı etkiler,
- Müşterilerde sağlık hizmetleri konusunda bilgi ve bilincinin artmasını, hataları uygulamaların ağır yaptırımlara tabi olmasını sağlar,
- Sağlığa verilen önemin artmasını sağlar.

Sağlık hizmetlerinin temel konusunu insan ve toplum sağlığı oluşturur bu sebeple beklentilerin anlaşılması ve karşılanması makro boyutta fayda sağlar (Taş,2012:79).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramından bahsederken uluslar arası geçerliliğe sahip standartlara uyum, doğru tanı ve tedavi süreci oluşturulması, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasından söz edilir. Amaç sağlıklı bireyler ve bu sayede sağlıklı bir toplum oluşturmaktır. Bu sebeple sadece sağlığın bozulması halinin iyileştirilmesine yönelik hizmetlerden değil sağlığı korumaya yönelik hizmetlerden de bahsetmek gerekir (Günel ve Pidd, 2007, Wang ve Shieh, 2006: 195).

Sağlık hizmetinin kalitesi ölçülürken iki boyutu dikkate almak gerekir. Bunlardan ilki sunulan hizmetin bilimsel standartlara uygun, ölçülebilir ve değerlendirilebilir objektif sonuçlar oluşturduğu teknik boyuttur. Ancak bilimsel normlara ve standartlara uygun olunması kadar müşterilerin sosyal ve psikolojik durumu da göz önüne alınmalı, istek ve ihtiyaçların nasıl ve ne derece karşılandığı da dikkate alınmalıdır (Devebakan,2006:130).

Hizmet kalitesinden bahsederken asıl fark yaratacak boyut bu istek ve ihtiyaçlardır. Sağlık hizmeti sunumunda müşteriler teknik boyutu inceleyerek bu konuda kanaate varmakta zorlanabilirler ancak performansı değerlendirmeleri mümkün olacaktır (Devebakan,2006:131, Zengin ve Erdal, 2005: 4). Sağlık hizmeti kalitesinin belirleyicileri detaylı olarak Şekil 7’de sunulmaktadır.



Kaynak: (Kavuncubaşı,2000; Aktaran: Yazgan,2009)

Şekil 7: Sağlık İşletmelerinde Hizmet kalitesi Belirleyicileri

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) gerçekleştirdiği çalışmada kaliteli bir sağlık hizmetinde nelerin dikkate alınması gerektiğini belirtmiştir (Özgen,1995:49; Aktaran: Devedakan,2006:129):

- İyilik halinin sağlanması, doğru teşhis ve tedavi uygulamaları,
- Tedavinin doğru seçilmesi kadar süresini de doğru ayarlanması, gereksiz derecede uzun tedaviler yapılmaması,
- Tedavi ve tedavi sonrası süreçte hastanın sürekli bilgilendirilmesi, uyum ve işbirliğinin teşviki,
- Bilimsel veriler ışığında, teknolojik gelişmelere uyum sağlayan yöntem ve gereerle, uzmanlarca hizmet verilmesi,
- Hastanın süreçte psikolojik açıdan desteklenmesi,
- Kaynakların dikkatli kullanımı, ziyan edilmemesi,
- Tıbbi kayıtların başka kurum ve kişilere yardımcı olacak şekilde detaylı ve güvenilir şekilde tutulması, muhafazası

2.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Teknik Hizmet Kalitesi Kavramı

Teknik kalite sağlık hizmetinin sunulması için gerekli olan profesyonel iş bilgisinin çalışanlarda mevcut olmasıdır. Doktorun ameliyat becerisi, hemşirenin ilaç takibi, laborantın doğru testleri gerçekleştirme becerisi sağlık hizmetinin teknik kalitesini etkiler. Hastaların tedavi süreleri, aynı rahatsızlığın nüksetme durumu, yatak devir hızı, enfeksiyon oranları, ölüm oranları gibi veriler de teknik kaliteyi ilgilendirir (Mangold ve Babakuş,1991:59-70; Berwick, 1998:253-261; Tmes ve Peng,1995:26; Aktaran: Devedakan,2006:131).

Deming çalışmasında hastane performansını değerlendirmeye yönelik sıraladığı kriterler ile teknik kalite örneklerine vurgu yapmıştır (Deming,1994: 203-205; Aktaran: Devedakan,2006:133). Bunlar:

- Yapılan test, tetkik ve işlemlerinin kayıtlarının yanlış tutulması, tutulmaması,
- Yanlış ilaç verilmesi ya da dozun yanlış ayarlanması,
- İlaça bağlı alerjik reaksiyonlar ve zehirlenmeler,
- Gerekleştirilmeyen test ve tetkikler,
- Kayıtların yanlış ya da eksik tutulması,
- Gereksiz veya yanlış cerrahi müdahale yapılması

- Ölüm oranları,
- Yanlış kan nakilleri,
- İş kazaları,
- Hastaların deney amaçlı kullanımı,
- Şikayetler,
- Yatış oranları,
- Karantina oranları,
- Test ve tetkiklerin hata nedeniyle tekrarlanması,
- Numunelerin iyi saklanmaması, bozulması,
- Teknik cihaz arıza oranları, süreleri,
- İlaç ve maddelerin kullanma tarihlerinin geçmesi,
- Personelin özensizliği, yoğun iş yükü,

Görüldüğü gibi bu kriterler sağlık işletmelerinin sundukları hizmet kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir.

2.2.7. Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Algılanan Kalitesi Kavramı

Hizmet kalitesinde beklenen ve algılanan kalite farkı söz konusudur. Beklenen kalite hizmeti almadan önce müşterinin zihninde oluşan istek ve arzuları ifade ederken algılanan kalite hizmet sunumu sonrası oluşan kanaattir (Savaş ve Kesmez,2014:2-4). Hastanın algıladığı hizmet kalitesinin sağlık işletmesinin performansına doğrudan etkisi olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (Zeitlhaml ve diğerleri, 1996; Boulding ve diğerleri, 1993; Cronin ve Taylor, 1992; Taylor ve Baker, 1994; Aktaran; Papatya ve Diğerleri ,2012: 89-90). Ayrıca performansı etkilemesi demek başarıyı, rekabet gücünü ve maddi kazancını da etkilediği anlamına gelmektedir (Dursun ve Çerçi, 2004; Raju ve Lonial, 2002; Lovelock, 1996; Aktaran: Papatya ve Diğerleri ,2012:90, Choi ve Diğerleri 2004; Aktaran: Papatya ve Diğerleri ,2012:90)

Sağlık hizmetinde de hastaların nasıl algıladığı, nelere değer verdiği gibi tatminin etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir (Zineldin, 2006; Aktaran: Demirel ve Bülbül,2014: 96, Taner ve Antony, 2006 Aktaran: Demirel ve Bülbül,2014: 96). Hastaların algısının değerlendirilmesi, sağlık işletmelerinin zayıf yönlerini belirleyerek

bu alanlarda iyileştirme yapmasını mümkün kılar (Odebiyi ve Diğerleri , 2009; Aktaran: Demirel ve Bülbül,2014: 96).

Hizmet kalitesi konusunda yaptığı çalışmalarla kavramsal boyutu oluşturan Parasuraman ve diğerlerine göre Hizmetin algılanan kaliteli olması beklentinin karşılanma derecesine bağlıdır. Eğer algılanan kalite beklenen kalite ile denk ise kalite tatmin edicidir, bu noktada asıl istenen algılanan kalitenin beklenen kaliteyi aşması halidir. Bu sayede ideal kaliteye ulaşılır (Parasuraman ve Diğerleri , 1985: 48-49). Hizmet kalitesi on boyutta ele alınmıştır (Savaş ve Kesmez,2014:2-4):

- **Fiziksel özellikler**

Hizmet sunumunu sağlayan personelin görünüşünden kullanılan araç ve gereçlere, hizmetin sunulduğu fiziksel ortama kadar tüm maddi unsurları içerir.

- **Güvenlik**

Hizmet sunumunun ilk seferde doğru yapılması, doğru kayıt tutulması, olası risk ve tehlikelerin elimine edilmesidir.

- **İsteklilik**

Hizmeti sunan kişinin performans gösterme konusunda istekli olması, geri bildirimde bulunması, zamanlamayı doğru yapabilmesidir.

- **Yeterlilik**

Hizmeti sunmak için gereken bilgi ve beceriye sahip olmaktır.

- **Nezaket**

Hizmeti sunan kişinin müşteri ile ilişkisinde saygılı, kibar ve güler yüzlü olmasıdır.

- **İnanılabilirlik**

Hizmet sunumunun güven verici ve inandırıcı olması, müşterinin çıkarlarının korunduğunun hissettirilmesidir.

- **Güvenilirlik**

Hizmet sunumunun tutarlı olması, taahhütleri karşılamasıdır.

- **Ulaşılabilirlik**

Hizmeti sunan kişilerle iletişim kurmanın kolay olması, hizmetin sunulduğu yere ulaşımın kolay olmasıdır.

- **Anlayış**

Müşteri beklentilerinin anlaşılması, gereksinimlerinin fark edilmesi hususunda özen gösterilmesidir.

- **İletişim**

Müşterilerin farklı kültür ve eğitim düzeylerine sahip olduklarının unutulmaması, onların anlayacağı şekilde iletişim kurulmasıdır.

Yukarıda bahsi geçen boyutların bazılarının benzer özellikler içermesi nedeniyle sadeleştirmeye gidilmiş ve beş boyutla fiziki unsurlar, güvenilirlik, duyarlı olma, kesinlik ve empati başlıkları belirlenmiştir (Papatya ve Diğerleri,2012: 89-90).

2.2.8. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti

Müşterini memnuniyeti için hizmeti almadan önce gerçekleştirdiği bilgi edinme faaliyetlerinden hizmet sonrası oluşan kanaate kadar tüm süreci göz önünde bulundurmak gerekir (Bostan ve Diğerleri ,2005:187; Aktaran: Büber ve Başer,2012:266, Engiz,1999:411; Aktaran: Büber ve Başer,2012:266).

Müşterinin memnuniyetinin sağlanması işletmelere rekabette üstünlük sağlayacaktır. Memnun müşteri sadık müşteridir, bu durum da örgüte şu faydaları sağlar (Le Blanch,1992:10; Aktaran: Tütüncü ve Doğan, 2003:132, Çatı ve Koçoğlu,2008:173-174; Aktaran: Yalçın ve Koçak, 2009: 20):

- Memnun kalan müşteri arzını devam ettirir,
- Sadece memnun kaldığı ürün / hizmet için değil işletmenin sunduğu diğer ürün / hizmetler için de talepte bulunur,
- İşletme hakkında olumlu düşüncelere sahip olur ve bunu çevresiyle paylaşır,
- İşletmenin devamlı müşterisi haline gelir,
- Rakip işletmelere ilgisi azalır,

Müşteri memnuniyeti kurumlar için bu kadar önemli bir konu olunca memnuniyeti yaratan etkenlerin de iyi anlaşılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Pazar ihtiyaçlarının anlaşılması, genel beklentilerin anlaşılması ve beklentilerin karşılanması gerekmektedir.

Müşteri ile sürekli iletişimde olmak, değişken pazar ihtiyaçlarını anlamak, bu ihtiyaçları karşılamak ve karşılama performansını değerlendirmek (işletme içi performansın değerlendirilmesi) işletmelerin kendilerini geliştirmesi açısından önem taşır (Sandıkçı, 2007:45; Aktaran: Yalçın ve Koçak, 2009: 21-22).

Müşteri memnuniyetini belirleyen iki faktör vardır. İlki müşteri beklentileridir, sağlık işletmelerinden bekledikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler bu beklentileri oluşturur. Müşterilerin demografik özellikleri, psikolojik ve sosyo-kültürel etmenler bu beklentilerin değişmesi ve gelişmesine ortam hazırlar (Engiz,1997; Aktaran: Ünal ve Diğerleri , 2008; 87-88). Diğer faktör hizmet sunumu gerçekleştikten sonra oluşan görüş ve değerlendirmelerdir. Sağlık hizmeti sunumu ile ilgili tecrübesini önceki tecrübeleri ile kıyaslayarak değerlendirme yaparlar. Bu durum tatmin olma ya da tatminsizlik duygularını pekiştirir (Dölek ve diğerleri, 2005:123).

Müşteri memnuniyetini değerlendirmek için müşteri denilince hangi hedef grubun kastedildiğini de netleştirmek gerekir. Önceleri sadece sağlık hizmeti sunumu için işletmeye başvuran hastalar düşünülürken artık sağlık hizmeti sunumu sürecine doğrudan ya da dolaylı olarak iştirak eden herkes müşteridir. Sağlık hizmeti sunulan işletmenin çalışanı olan herkes iç müşteriyi oluştururken sağlık işletmesi hizmetlerinden faydalanan

kişi, kurum ya da kuruluşlar dış müşteriye oluşturur (Taşlıyan ve Gök,2012:75-78). Söz konusu sınıflandırma Şekil 8’de yer almaktadır.

Dış Müşteriler	İç müşteriler
Hastalar, hasta ailesi ve çevresi	Kurum personeli (hekim- hemşire vb)
Refakatçiler ve ziyaretçiler	Pay sahipleri
Devlet ve diğer sağlık kurumları	Danışmanlar
Anlaşmalı kuruluşlar	
Eczaneler-Dernekler	
Medya	
Sigorta şirketleri	
Tıbbi malzemeler ve ilaç firmaları	

Kaynak: (Kısa,2007:277; Aktaran: Taşlıyan ve Gök, 2012)

Şekil 8: Hastanenin Müşterileri

Sağlık hizmeti müşterisi deyince öncelikli olarak akla gelen hastaların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, neden o sağlık işletmeyi tercih ettikleri, beklentileri ve yaşanan olumsuzlukların ne olduğu iyi şekilde belirlenmelidir (Yılmaz,2001, Omar,2001, Uzun,2001 ; Aktaran: Apay ve Arslan, 2009: 240).

Hasta sayında artma
Sevk edilen hasta sayısında artış
Hastaların verilen tavsiyelere uyma oranlarında artış
Daha üretken personel
Moral artışı
Personele ait ayrılma ve iş değiştirme oranında azalma
Daha verimli çalışma
Tıbbi hata (malpractice) olasılığında azalma
Mesleki doyum oranlarında artma
Daha yüksek verimlilik ve kazanç

Kaynak : (Topal ve diğerleri, 2013: 201).

Şekil 9: Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hastaların sağlık hizmeti kalitesi beklentilerini basamaklandırarak analiz etmek Şekil 9’da bahsi geçen ve memnuniyeti etkileyen faktörleri tanımlamayı kolaylaştırır (Omachonu,1991:44; Aktaran: Bircan ve Baycan 2004,174-175):

- **Sağlık hizmeti başvurusu öncesi beklentiler**

- Doğru teşhis ve tedavi yöntemi belirlenmesi,
- Hastanın anlayacağı şekilde bilgi verilmesi,
- Olası risk ve tehlikelerin açıklanması,
- Masrafların belirtilmesi,
- Güvenli ve hatasız veri elde edilmesi,

- **Sağlık hizmeti almak amacıyla işletmeye gelindiğinde beklentiler**

- Uzman bir ekip tarafından değerlendirilmek,
- Sürecin işbirliği içerisinde yürütülmesi,
- Hastaya olumlu ve nazik davranılması,
- İyileşmenin sağlanması ve korunması,
- Temiz ve konforlu ortam,
- Beslenme ve barınma olanakları,
- Talep ve şikayetlere hızlı ve uygun dönüş,
- Hastanın tedavi sonrası görev ve sorumlulukların anlaşılır şekilde paylaşılması,

- **Sağlık hizmeti sunumu sonrasında beklentiler**

- Problemin tekrar etmemesi,
- Başka kurumlara başvurmaya ihtiyaç olmaması,
- İyileşmenin gerçekleşmesi,
- Olası problemlerin yaşanması durumunda hastaneye ulaşabilme, geri bildirimin sağlanması

Hastaların hastane seçimine etki edebilecek faktörler çok sayıdadır. Bu faktörleri inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur.

Şantaş ve diğerleri (2016) çalışmalarında Tengilimoğlu'nun (2001) verilerinden faydalanmış ve fiziksel koşullarla ekipmanın önemli kriterler olduğunu görmüştür.

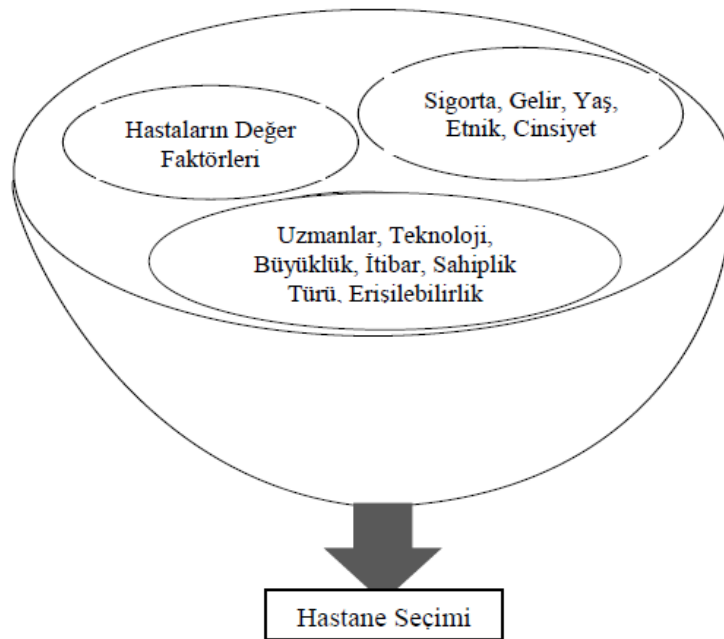
Özkoç (2013) uygunluk analizi ve nested logit model kullanarak hastaların gelir düzeyleri ve sağlık işletmesine ulaşımın kolay olmasının önemli faktörler olduğunu görmüştür.

Işık ve arkadaşları (2013) ise temiz bir ortamın önem teşkil ettiğini görmüşlerdir.

Doghaiter ve diğerkleri (2003) hizmetin teknik boyutu, yönetimin gücü, işletmenin itibarı ve tanınırlığı, çevresel koşullar ve donanım faktörlerine yoğunlaşmıştır.

He (2014) ise sağlık işletmesi yapısı ve müşterinin bireysel özelliklerinin bu faktörleri doğrudan etkileyen etmenler olduğunu vurgulamıştır.

Yine benzer bir çalışmada (Liu 2007), hastaların kendilerine uzak sağlık işletmelerine başvurma nedenleri araştırılmış ve (%50,6) oranda verilen cevap ihtiyaç duyulan uzmanlık dalının yakındaki işletmelerde mevcut olmaması olarak verilmiştir (Şantaş vd, 2016; 21). Şekil 10 hastane tercihine etki eden faktörleri içermektedir.



Kaynak: (He,2001; Aktaran: Şantaş ve Diğerleri, 2016)

Şekil 10: Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler

Hasta memnuniyeti verilen sağlık hizmetinin performansını da doğrudan etkileyen bir unsurdur. Eğer hasta verilen hizmetten memnun ise sürece kendi isteği ile dahil olacak, işbirliği ve uyuma özen gösterecektir. Bu durum sağlık hizmeti sunucusunun iş yükünü hafifletecek ve sürecin problemsiz ilerlemesine olanak sağlayacaktır. Örneğin ameliyat olmak için yatışı yapılan hastanın kandaki şeker oranının referans değerler aralığında olması için ilaçlarının düzenli almasının yanında verilen perhize de uyması gerekir. Hasta eğer verilen tedaviden memnun ise işbirliği içerisinde olur ve perhizine uygun bir beslenme alışkanlığı gösterir. Aksi durumda ilaçların alımının reddedilmesi, kaçamaklarla perhizin dışına çıkılması vs. ile tedavi süreci sekteye uğrayabilir

(Özgen,1995:69-70; Aktaran: Tükel ve diğerleri, 2004: 206, Engiz,1997:61-87; Aktaran: Tükel ve diğerleri, 2004: 206).

Hasta tatmini; “hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlar, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlükler, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, ön yargılarına) uygunluğuna bağlı bir işlevdir”.

Hastaların kaliteli hizmet ve kaliteli hastaneden beklentilerini belirlemek için Oksay (2016) bulunduğu ildeki çeşitli hastanelerde gerçekleştirdiği çalışmasında hasta ve hasta yakınların “Size göre kalite nedir?” ve “Kaliteli hastane nasıl olmalıdır?” sorularını yöneltmiş ve tabloda yer alan sonuçlara ulaşmıştır (Oksay, 2016; 185-190).

Tablo 4: Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite ve Kaliteli Hastane Anlayışı

“Size göre kalite nedir?”	Sayı (n)	“Kalite hastane nasıl olmalıdır?”	Sayı (n)
İyi hizmet	86	Temiz ve düzenli olması	76
İhtiyaç ve beklentileri karşılamalı	42	Teknik donanıma sahip olması	64
Mükemmeliyetçilik	39	Güler yüzlü personel olması	60
Memnuniyet	38	Tecrübeli sağlık personeli olması	47
Temiz güvenilir olma	35	İyi bir hekim ve hasta ilişkisi	37
Güler yüzlü hizmet	35	Hasta memnuniyetini sağlaması	30
İhtiyaçların eksiksiz karşılanması	25	İyi bakım	25
Hastaya değer vermek	23	Zamanında hizmet vermesi	20
Standartlara uygun olma	19	Hızlı ve doğru hizmet vermesi	18
Personel sayısının yeterliliği	18	Hasta ve çalışan haklarına saygı duyması	17
İstenilen hedefe kesintisiz ulaşma	18	Her branşın varlığı	14
Teçhizat donanımı	14	Sağlık çalışanlarına güvenilmesi	13
Gereksinimlerin karşılanması	12	Personel sayısının yeterli olması	13
Güzel hizmet	11	Tam teşekküllü olması	11
Etkili ve hızlı hizmet	10	Diğer (Hastane standartlarının ölçülebilmesi, Dış görünüş, Çok sıra olmaması, Hasta odalarında wc tv olması,	38
Diğer (Doğru zamanda mal ve hizmetin sunumu, Güvenilir olma, Pahalı olmama, Ulaşılabilirlik, Teknolojiye ayak uydurma, vb.)	53		

Kaynak: (Oksay, 2016; 185-190)

Tüfekçi ve Asıgbulmuş (2016), çalışmalarında hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemişlerdir. Bu faktörler; hastaya ilişkin, hizmet verenlere ilişkin, çevresel ya da kurumsal yapıya ilişkin, ücrete ilişkin, güvene ilişkin, bilgilendirmeye ilişkin, beslenme hizmetlerine ilişkin ve bürokratik işlemlere ilişkin faktörlerden oluşmaktadır.

Hastaya ilişkin faktörler hastanın demografik özellikleridir. Hizmet verenlere ilişkin faktörler ise hastanın sağlık personeli ile ilişkisidir. Yazarların bu faktörler çerçevesinde ve literatür taraması yaparak belirlediği hastane tercihinde etkili olan faktörler ise genel olarak güven, uzman doktor tercihi, ücret, ulaşım kolaylığı, bekleme süreleri, dost-arkadaş tavsiyesi, önceden gelen alışkanlıklar ve fiziksel koşullardan oluşmaktadır (Tüfekçi ve Asıgbulmuş,2016;73-74).

Büber ve Başer (2012), gerçekleştirdikleri çalışmada hasta memnuniyetine etki eden faktörleri derlemişlerdir. Biz de bu çalışmadan yola çıkarak bu faktörlere değinebiliriz.

- **Personel ve Hasta İlişkisi**

Sağlık hizmeti sunumunun başından sonuna hastalarla birebir ilişki içerisinde olan personelin davranışları, işini yapış şekli, işe hakim oluşu süreç boyunda hastanın psikolojisini doğrudan etkilemektedir.

Tüfekçi ve Asıgbulmuş (2016), çalışmalarında sağlık hizmetini diğer hizmet sektörlerinden ayıran özelliğin doğrudan insanla insan arasındaki iletişim olduğunu belirterek sağlık hizmeti sunan kişilerin o anki hali, güler yüzlü olup olmaması, kişiliği hizmet kalitesini etkilediğinden bahsetmiştir.

- **Doktorun Davranış Özellikleri**

Sağlık hizmeti alan müşterilerin doktorun teknik bilgi v beceri düzeyini değerlendirmesi zordur. Ancak doktorların kendilerine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirebilirler. İkili arasında olumlu bir ilişki olması halinde tedavi süreci daha olumlu ve hızlı geçmektedir (Kısa,2007:282-283; Aktaran: Büber ve Başer,2012;267-269).

Kavuncubaşı ve arkadaşları özellikle yaşlı hastaların doktorların davranışları konusunda daha hassas olduklarını, kendilerine zaman ayrılmasından, dinlenilmekten memnuniyet duyduklarını ifade etmişlerdir (Tanrıverdi ve Erdem 2010: 79-81).

Indiana Üniversitesi'nde yapılan bir çalışma memnuniyet üzerindeki öncelikli etkinin doktorların tutum ve davranışları olduğunu tespit ederek hemşire ve diğer personellerle olan ilişkilerin diğer önemli etmenler olduğunu belirtmiştir (Otani ve Diğerleri ,2005:183; Aktaran: Zaim ve Tarım, 2010: 11).

- **Hemşire ve Hasta İlişkisi**

Hemşireler doktorlar gibi birebir tedavi sürecinin aktörleri olmasalar da destekleyici nitelikteki sağlık hizmetlerinin sunucusudurlar (Tatarlı,2007:55; Aktaran: Büber ve Başer,2012;267-269).

Özsoy ve diğerleri (2007) gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, 1955 ve 2005 yılları arasında Türkiye genelinde gerçekleştirilmiş olan ve hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetine etkisini inceleyen araştırmaları (yaklaşık 3089 adet) incelemiş ve etkinin ağırlıkla %50 ile %98 arasında olduğunu görmüştür.

- **Bilgi verme**

Hastaların rahatsızlıkları ve tedavi süreci hakkında detaylı bilgi edinebilmeleri memnuniyetlerini etkilemektedir (Kısa,2007:283; Aktaran: Büber ve Başer,2012;267-269).

- **Beslenme**

Sağlık işletmelerinde beslenme hizmeti sunulması, yemeğin görünümü ve lezzeti, yemek servisi yapan personelin görünüşü, hijyen koşullarının sağlanmış olması gibi etmenler memnuniyeti etkilemektedir (Kısa,2007:283-284; Aktaran: Büber ve Başer,2012;267-269).

- **Çevresel ve Fiziki Etmenler**

Odaların, muayenehanelerin, lavaboların temizliği, iç ve dış fiziki koşulların iyi olma derecesi, ulaşılabilir bir konumda olması, otopark hizmetleri vs etmenler memnuniyeti etkiler (Esatoğlu,1997:62; Aktaran: Büber ve Başer,2012;267-269).

- **Bürokrasi**

Bürokratik işlemlerin uzun ve karmaşık olması zaman kaybına sebep olmaktadır. İşlemlerin uzun sürmesi, yavaş ilerlemesi mutsuzluğa sebebiyet verir (Esatoğlu,1997:64; Aktaran: Büber ve Başer,2012;267-269).

- **Hastane Yönetimi**

Hastane yönetiminin hasta takibi yaparak geri bildirimler alması mevcut tatmin düzeyinin ölçümü ve iyileştirme / geliştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Kalite yönetim sistemlerinin bu husustaki önemi göz ardı edilmeyerek sistemin kurulması ve korunması ile memnuniyetin sürekliliğini sağlamak mümkündür.

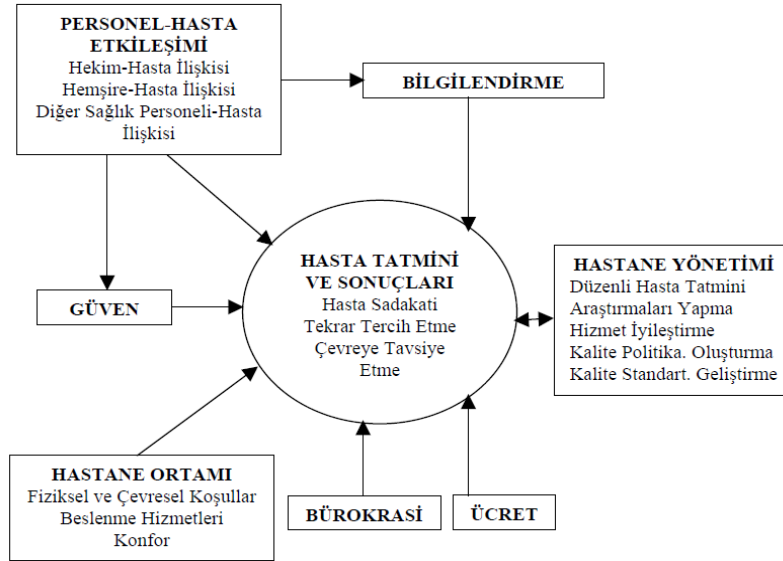
- **Ücret**

Sosyal güvencesi veya sağlık sigortası olan bireyler için sağlık hizmetlerinden yararlanırken maddi zorluklar söz konusu olmazken bu hizmetlerden mahrum kişiler için tedavilerin maddi yükü fazladır. Hastane faturalarının yüksek olması hastaları korkutan bir unsur olarak karşımıza çıkar.

- **Güven**

Verilen tedavi hizmetinden, ekibe ve hizmetin sunulduğu ortama kadar tüm faktörler güven hissi yaratarak hastayı sakinleştirmeli, memnun etmelidir (Büber ve Başer,2012;267-269).

Şekil 11 bahsedilen bu faktörlerin hasta memnuniyetine ve bunun sonucunda sağlık işletmesinin sağlayacağı faydalara değinmektedir.



Kaynak : (Erdem, 2007)

Şekil 11: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biri olunca taşıdığı önemi değerlendirme gerekliliği ortaya çıkmıştır. Leebov ve Scott'ın (1994) çalışmasında aktaran Erdem (2007), insancıl nedenler, ekonomik nedenler, pazarlama ve etkililiğin hasta tatmininin önemini oluşturan dört faktör olduğunu belirtmiştir.

Hastalara insan haklarına uygun, iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması, verilen hizmetlerden yararlanmasının engellenmemesi insancıl nedenleri oluşturur. Hasta hakları yönetmeliği 1998 yılında hazırlanıp uygulanmaya başlanarak ülkemizde hastaların sağlık hizmeti alma konusundaki hakları garanti altına alınmıştır.

Sağlık hizmeti memnun kalınmaması durumunda hizmet sunucusunun kolaylıkla değerştirilebileceği bir hizmet alanı değerildir. Bu sebeple gerek sağlık işletmeleri gerek sağlık sigortası kuruluşları tarafından verilen hizmetin ödenen ücreti karşılar nitelikte olmasına özen gösterirler ve bu durum ekonomik nedenler faktörünü oluşturur.

Özellikle özel sağlık kuruluşlarından hastanın sadakati çok önemlidir. Bu durum sağlık işletmelerinin pazarlama taktiklerinde hassas ve temkinli davranmalarını teşvik eder. Memnun hasta sadık hastadır ve çevresini de olumlu yönde baskılayarak memnun kaldığı sağlık işletmesine yönlendirir.

Son olarak etkililik faktöründe sağlık hizmeti sunucularının tutum ve davranışlarının hastaları sürece katılım konusunda ne derece teşvik ettiğini hatırlatmakta fayda vardır.

2.2.9. Müşteri Memnuniyeti ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişki

Ürün ve hizmet sunumunda müşterilerin memnuniyetinin sağlanması, sadakati de beraberinde getirir. Kaliteye önem verilmesi memnuniyeti doğrudan etkiler. Başlarda müşterilerin istek ve beklentilerini anlayarak kaliteli hizmet sunmak için yapılan faaliyetler masraflı ve zaman alıcı gibi gözükse de zamanla memnun olan müşterilerin geri bildirimleri ile kazançlı bir karar alındığı görülür. İşletmeler müşterilerin psikolojik ve sosyal durumlarını göz önünde bulundurarak onların ihtiyacını karşılar ve böylece kendisine bağımlı hale getirir. Artık müşteriler rakip işletmelerle bağımlı keserek kendisini tanıyan ve anlayan, istediği şeyi kendisine sunan işletmelerin devamlı müşterisi haline

gelirler. Bu durum sağlık işletmeleri için de geçerlidir. Özellikle özel sağlık işletmelerinde kendilerine başvuran hastaları memnun etmeleri ve tekrar sağlıklı ilgili problem yaşandığında ilk tercih edilen kuruluş olmaları rekabet avantajı açısından çok önemlidir. Sağlık hizmetinden memnun kalan hasta çevresindeki diğer hastalara ve gelecekteki potansiyel hastalara da kendi tedavi gördüğü sağlık işletmesini önerir (Engiz ve Merih,2007; Aktaran: Yalçın ve Koçak, 2009).

Erdem ve arkadaşları (2008) hasta bağlılığının etkileyen faktörlerden güven, maliyet ve duygusal bağ oluşumuna ağırlık vermişlerdir. Araştırmacılara göre hastaların sağlık işletmeleri ile arasında oluşan güven duygusu önemlidir. Sunulan sağlık hizmetinin teknik boyutunu değerlendiremeyecekleri için, konusunda uzman ve çalışmalara hakim sağlık personelinin kişide yarattığı güven duygusu bu işletmeyi seçmesi için öncelikli kriterlerdendir (Erdem ve diğerleri, 2008: 98-99).

2.2.10. Hastanelerin Hasta Memnuniyetine Olumsuz Etkileri ve Türkiye’de Durum

Hasta memnuniyetini oluşturmak ve korumak amacıyla yıllardır süregelen araştırmalar yapılmakta ve memnuniyete etki eden faktörler bulunmaya çalışılmaktadır. Hiç şüphesiz çalışmalar, elde ettikleri sonuçlar üzerinden sağlık endüstrisine geliştirici ve iyileştirici yöntemler de sunmaktadır. Bu noktada sadece hastaların beklentilerine yönelik çözümler aramak yerine, hastanelerdeki iş akışı ve ergonomiye de odaklanmakta fayda vardır. Çetik ve Oğuzata (2000), gerçekleştirdikleri çalışmada, hastanelerin iş akışı ve ergonomi konusundaki hatalarına değinerek ülkemizdeki durumu özetler nitelikte bir sonuca ulaşmışlardır. Söz konusu çalışmada sorunlar şu şekilde ele alınmıştır:

- **Hastanelerin fiziksel yerleşim sorunlarından kaynaklanan sorunlar**
 - Mimari proje hatalarından kaynaklanan sorunlar

Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği karmaşık ve çok fonksiyonlu olması birden çok branşın aynı amaç için ortak hareket etmesine sebep olmaktadır. Bu durum hastane içinde bölümlerin arasında ulaşımın kolay olması ihtiyacını doğurur. Ferah ve geniş bir iç alan, göz karmaşası yaratmayan düzenleme, tabelalarla yön bilgilerinin doğru verilmesi hastaların tedavi sürecinde birimler arası ziyaretlerini kolaylaştırmaktadır.

- Hastane yöneticilerinin yerleşim planı yaparken hataya düşmesi

Birlikte çalışması gereken branşların yakın olması gerekirken yönetimin alacağı hatalı kararlar ile birbirlerine uzak düşmeleri söz konusudur. Örneğin kardiyoloji polikliniği ile efor ve EKG testlerinin yapıldığı birimin, ortopedi ile radyoloji biriminin, dahili hastalıklar ile kan testlerinin yapıldığı laboratuvarın birbirine yakın olması gerekir.

- **Hastane yönetimi ve organizasyonel yapıdan kaynaklanan sorunlar**

- Sağlık hizmetini az sayıda personelin vermesi, aşırı iş yükü, adaletsiz iş dağılımı, nöbetlerin sık gelmesi,
- Test ve tetkikler için kullanılan cihazların doğrulama ve kalibrasyon işlemlerinin gerçekleştirilmemesi,
- Hizmet içi eğitime gereken önemin verilmemesi, teknik bilginin eğitimlerle desteklenmemesi, yeni uygulamalar ve teknolojik gelişmelerin gerisinde kalma,
- Yanlış teşhis, yanlış tedavi ve yanlış cerrahi müdahale,
- Özellikle radyolojik tetkikler için yakın zamana randevu verilememesi, hastaların dışarıya – genelde özele- yönlendirilmesi,
- Tedavi sırasında uzayan bekleme süreleri,
- Hasta kayıtlarının kaybolması, hatalı olması,
- Enfeksiyon kontrolünü sağlayacak bir sistem bulunmaması, havalandırma sistemlerinin yetersizliği,
- Can ve mal güvenliğini riske atacak kazalar,

- Sağlıklı bir randevu sistemi olmayışı nedeniyle yaşanan hasta yığılmaları,
- Hasta taşıma yetersizliği, yeterli destek personeli, tekerlekli sandalye ve sedyenin olmayışı nedeniyle hastaların zor taşınması,
- Engelliler için yürüme yolları, tuvaletler, koridor duvarlarında tutunacak barlar bulunmaması, asansörlerin küçük ve yetersiz oluşu,
- Boşa geçen zamanın hastayı yorması ve süreci geciktirmesi

Çetik ve Oğuzata (2000) gerçekleştirdikleri çalışmada SGK'ya bağlı 76 hastaenin başhekimini ile görüşerek sağlık hizmetlerinin durumuna bakış açılarını ve öz değerlendirmeleri öğrenmeyi amaçlamış ve hangi konularda iyileştirme yapılması durumunda hastaların hizmetten memnuniyet duyar hale gelebileceğine dair görüşleri derlenmiştir. Bu görüşler Tablo 5'te yer almaktadır (Çetik ve Oğulata, 2000: 2-3).

Tablo 5: Başhekimlerin Hasta Memnuniyetine Etki Eden Faktörler Hakkında Görüşleri

İyileştirme Konusu	%
Uzun bekleme süreleri (tedavi öncesi ve tedavi sırasında)	52,6
Sağlık personelinin az olması, özellikle yatan hastaların hasta bakıcı bulma güçlüğü	48,7
Test ve tetkikleri gerçekleştirmek için kaynak olmaması veya ileri bir tarih verilmesi sebebiyle başka kurumlara yönlendirme yapılması	46
Uzun ve yorucu bürokratik işlemler	42,1
Hastaya tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgi verilmemesi	27,6

Kaynak: (Çetik ve Oğulata, 2000)

2.2.11. Hizmetin Algılanan Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti İlişkisi

Ülkemizde sağlık işletmelerinin sayısı ve teknik yeterliliği hızla artmakla birlikte mevcut talebi karşılar nitelikte değildir. Sadece sağlık işletmeleri değil, sağlık personeli ve cihaz / malzeme eksikliği de dikkat (Zerenler ve Ögüt, 2007:504, Savaş ve Kesmez,2014: 12).

Hasta memnuniyetini etkileyen üç temel faktörden bahsetmek mümkündür. Bunlar; hastanın kişisel özellikleri, personelin kişisel özellikleri, fiziksel ve çevresel faktörlerdir. Kişilerin psikolojik ve sosyo-kültürel yapıları ile demografik verileri de memnuniyetini etkileyici yapıdadır.

Papatya ve diğerleri (2012), gerçekleştirdikleri çalışmadan algılanan kalite ile memnuniyet arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmış ve 3 farklı bakış açısına değinmiştir.

Bu bakış açıları hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetinden önce ortaya çıktığı (Parasuraman ve diğerleri, 1994; Parasuraman ve diğerleri, 1988; Anderson ve diğerleri, 1994; Cronin ve Taylor, 1992; Brady ve diğerleri, 2002); müşteri memnuniyetinin hizmet kalitesinden önce ortaya çıktığı (Bitner, 1990) ve öncelik sırasının değişebileceği görüşüdür (Dabholkar, 1995; McAlexander ve diğerleri, 1994).

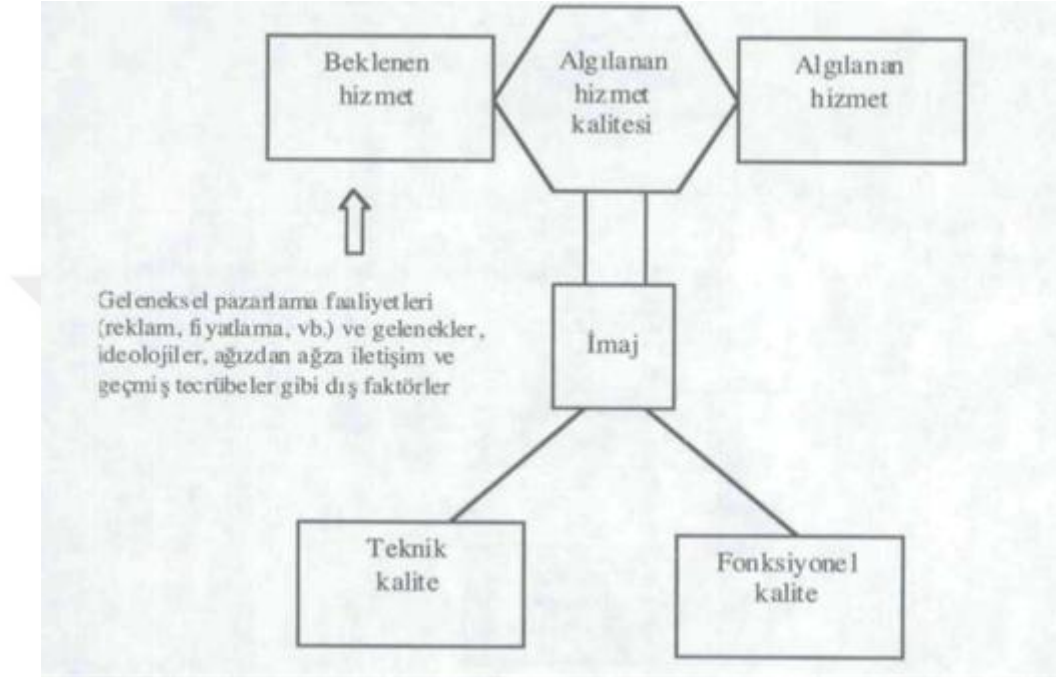
2.2.12. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet kalitesi Ölçümü ve Yöntemleri

Sağlık işletmelerinin sundukları sağlık hizmetinin kalitesini ölçmesi, kendilerini değerlendirmesi ve iyileştirme planları yapmalarını kolaylaştırır (Eleren vd,2007: 78).

Durukan ve İkiz (2007) gerçekleştirdikleri çalışmada Hizmet kalitesine yönelik en temel kavramsal modellemelere değinmişlerdir. SERVQUAL yönteminin değerlendirilmesinden önce bu çalışmada yer alan diğer modellerden kısaca söz etmekte fayda vardır.

- **Hizmetin algılanan kalitesi Modeli (Grönross, 1984)**

Christian Grönroos, Hizmet kalitesini teknik ve fonksiyonel kalite ile imaja odaklanarak açıklar. Teknik kalite müşterinin aldığı hizmete ilişkindir. Fonksiyonel kalite hizmetin kendisinden ziyade nasıl sunulduğuyla alakalıdır. İmaj ise firmalar için en önemli husustur. Model gösterimi Şekil 13'te yer almaktadır.

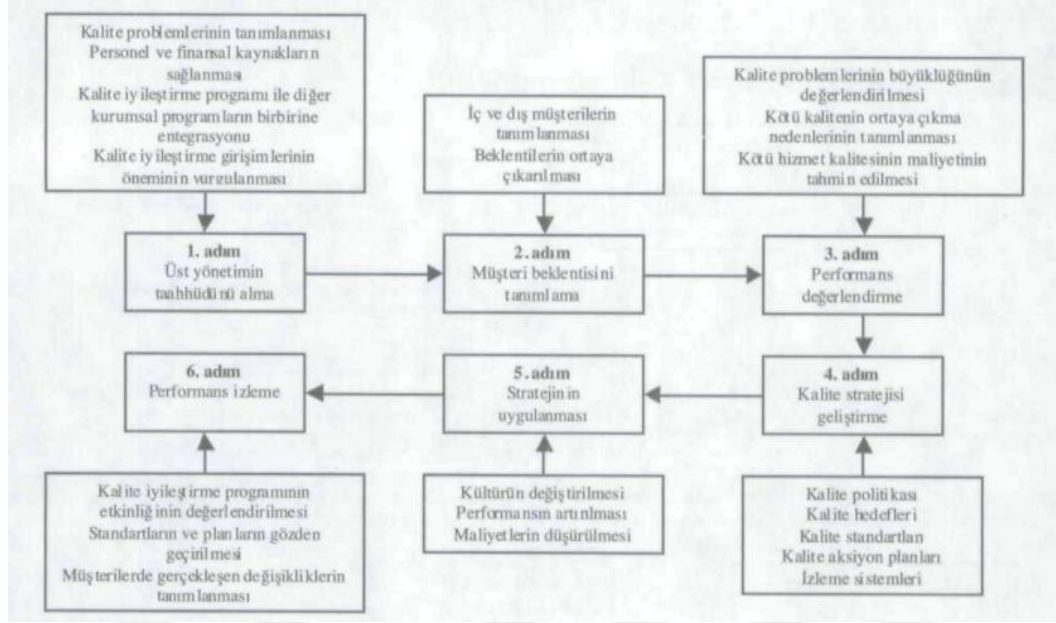


Kaynak: (Dotchin ve Oakland,1994:33; Aktaran: Durukan ve İkiz, 2007:52)

Şekil 12: GRÖNROOS Modeli

- **Kurumsal Hizmet kalitesi İyileştirme Modeli (Moore, 1987)**

Moore, kalite problemlerinin tanımlanmasına dair bir yol haritası sunmaktadır. Ancak alt konulara inmeden genel bir kalite çerçevesi sağlamaktadır. Modelde altı adım bulunmaktadır. 2., 3. ve 4. adımlar modelin kritik bileşenleridir. 4. Adımın temel girdisi kalite aksiyon planıdır. Önerilen izleme sisteminin hem iç hem dış müşteri memnuniyetini ölçmesi beklenmektedir. Model gösterimi Şekil 14'te yer almaktadır



Kaynak: (Ghobadian ve Diğerleri ,1994:58; Aktaran: Durukan ve İkiz, 2007:57)

Şekil 13: Kurumsal Hizmet kalitesi İyileştirme Modeli

- **Niteliksel Hizmet kalitesi Modeli (Haywood-Farmer, 1988)**

Haywood ve Farmer, tercih edilenle beklentinin karşılanmasına odaklanır. Pek çok hizmet alanına uygulanabilir. Model gösterimi Şekil 15'te yer almaktadır



Kaynak: (Seth ve Diğerleri ,2005:919; Aktaran: Durukan ve İkiz, 2007:58)

Şekil 14: Niteliksel Hizmet kalitesi Modeli

- **Performans Bazlı Hizmet kalitesi Modeli (Cronin-Taylor, 1992)**

Hizmet kalitesini performansla açıklar. Hizmetin performansına odaklanarak müşteri algısının ölçülmesini savunur.

Beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde en çok kullanılan model 1980’li yıllarda geliştirilen SERVQUAL modelidir. Modelde hizmet kalitesinin ölçülebilmesi için aşağıda yer alan sorular tasarlanmıştır (Parasuraman ve Diğerleri ,1988).

1. Hizmet kalitesi, müşterilerce nasıl değerlendirilir?
2. Müşteriler genel bir değerlendirme mi yapar yoksa adım adım belirledikleri kriterleri mi vardır?
3. Farklı kriterler söz konusu ise bunlar nelerdir?
4. Bu kriterler farklı hizmet türleri için değişiklik gösterir mi?
5. Müşteri beklentileri nelerdir, nasıl oluşur ve nasıl ölçülür?

SERVQUAL yöntemi temel olarak beklentilerle algıların belirlenmesi daha sonra aralarındaki farkın bulunması ile hizmet kalitesinin değerlendirilmesidir. Algılanan ile beklenen arasında fark oluşmuyorsa ya da çok az ise o halde hizmetin kaliteli olduğu savunulabilir.

Parasuraman, Berry ve Zeithaml farklı kalite boyutlarını değerlendirerek 10 hizmet boyutundan beş temel bileşen oluşturmuşlardır (Çiçek ve Doğan,2009:203-205). Bu bileşenlerin açıklamaları Tablo 6’da yer almaktadır.

- Fiziki olanaklar (Fiziksel varlıklar)
- Hizmetin doğru ve güvenilir olması (güvenilirlik)
- Hizmet sunumunda istekli olma (heveslilik)
- Risk ve tehlikeleri elimine etme (güvence)
- Müşteriyi tanıma ya da anlamadır (empati).

Tablo 6: SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları

Fiziksel Varlıklar	Hizmeti sunan kişinin görüntüsü, hizmet sunumu için kullanılan araç ve gereçler, hizmet sunumu yapılan fiziksel ortam
Güvenilirlik	Taahhüt edilenin ilk seferde doğru ve eksiksiz sunumu
Heveslilik	Hizmet sunumuna istekli olma, hizmeti zamanında ve hızlı şekilde sunma
Güvence	Risk ve tehlikeleri fark edip ortadan kaldırma, müşteriye güven aşılama, müşteri bilgilerinin gizliliği ve korunması
Empati	Müşterilere karşı duyarlı olma, onları anlama, düzenli müşterileri tanıma hale gelme

Kaynak: (Parasuraman ve Diğerleri ,1988)

Bu boyutlar çerçevesinde Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) hizmet kalitesi için işletme ve müşteri algısındaki farklılıklara dikkat çeker. Kaliteli bir hizmetin nelere sahip olması gerektiği 22 ifade ile belirlenerek bu ifadelerle ilgili müşterilerin hizmet öncesi ve hizmet sonrası kanıları değerlendirilir.

Sunulan hizmetin kaliteli olup olmadığının değerlendirilmesi için 22 ifade belirleyerek müşterilerin hizmeti almadan önce ve aldıktan sonra bu ifadeleri yorumlamaları istenmektedir. Toplamda elde edilen ifade çiftlerinin – puan bazlı- farkı hesaplanarak SERVQUAL skoru elde edilir. SERVQUAL skoru aşağıdaki gibi hesaplanır(Baysal ve Diğerleri , 2012: 42):

$$\text{Servqual skoru (SS)} = \text{Algı Skoru (A)} - \text{Beklenti Skoru (B)}$$

SERVQUAL skorları hesaplandıktan sonra farklı boyutlar için farklı SERVQUAL skorları iki aşamalı olarak bulunur.

1. Her bir müşteri için ilgili boyutun ifadelerine verdikleri SERVQUAL skorları toplanıp ifade sayısına bölünerek ortalama alınır.

2. N sayıda müşteri için bu değer örneklem hacmine (N) bölünür. 5 boyut için elde edilen skorlar 5'e bölünmektedir.

Böylece ağırlıklı SERVQUAL skorudur.

Parasuraman, Berry ve Zeithaml ayrıca Hizmet kalitesi yapısını ve kalite problemlerine yol açan beş adet farkı (boşluğu) tanımlayarak Hizmet kalitesi yapısını etkileyen faktörlerin anlaşılmasını sağlamıştır. Altan ve Atan'ın (2004) Parasuraman ve diğerlerinden (1988) derlediği bu farklar kısaca şu şekildedir;

- **Birinci Boşluk; Tüketici Beklentisi ile yönetim algılaması Arasındaki Fark**

Eğer işletmeler müşterilerinin beklentilerini iyi algılayamazlarsa talebi karşılayamazlar. Bu durum müşterilerin kaybına dolayısıyla para ve zamanın kaybedilmesine sebep olur. İşletmeler müşterilerin beklentilerini ciddiye almalı ve anlamak için uygun stratejileri belirlemelidirler aksi alde tüketici beklentisi işle işletme algısı arasında boşluk oluşur.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e (1990:52-116) göre bu boşluğu yatan faktörler şu şekildedir (Saat, 1999: 110):

- 1) Pazar araştırması problemleri
 - Yetersiz pazar araştırması ve buna bağlı yetersiz sonuçların kullanımı
 - Yönetim ve müşteri arasındaki etkileşim eksikliği
- 2) Elde edilen bilgilerin yönetime aktarılışındaki eksik ve yanlışlar
- 3) Yönetim kademelerinin çokluğu

- **İkinci Boşluk; Yönetim Algılaması ile Hizmet kalitesi Özellikleri Arasındaki Fark**

Hizmet firmasının müşteri beklentilerini doğru anlasa dahi bunu hizmet standardına dönüştürmedikçe istenen Hizmet kalitesine ulaşamamasıdır. Yönetimin Hizmet kalitesini geliştirmeye isteksiz oluşu, imkânsızlık algısı, görev standartlarının yetersizliği ve hedef saptamama bu boşluğun en önemli sebepleridir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e (1990:52-116) göre bu boşluğu yatan faktörler şu şekildedir (Saat, 1999: 110):

- 1) Yönetimin Hizmet kalitesinin önemli olduğu düşüncesine bağlı olmayışı

- Yeterli kaynakların gerekli ölçüde tahsis edilmeyişi
- Müşteri odaklı olmak yerine satış odaklı olmak
- Üst ve orta yönetimin Hizmet kalitesi sağlama düşüncesini benimsememesi

2) Görev standardizasyonundaki eksiklikler

- Sunulan hizmette tutarsızlık
- Hizmet görevlerinin standardizasyonundaki sorunlar

3) Beklentilerin karşılanabilirliğine olan inancın zayıflığı

- Mali performansın sekteye uğraması endişesi
- Halihazırdaki düzende değişikliğe yanaşılmaması

3) Amaç belirlenmemesi

-Hizmet kalitesi amaçlarının müşteri beklentilerinden çok işletme standartlarına dayandırılması

- Çalışanlar için Hizmet kalitesi standardı oluşturulmaması
- Hizmet kalitesi performansının ölçülmemesi
- Açık ve net amaçların belirlenmemesi

• Üçüncü Boşluk; Hizmet Kalite Özellikleri ile Sunulan Hizmet Arasındaki Fark

İşletmelerin müşteri beklentilerini anlaması sorunun çözümü için yeterli olmayabilir. Sadece yönetimin bu beklentileri anlaması değil hizmeti sağlayacak olan personelin de anlaması ve karşılamaya istekli olması gerekir. Yönetimin doğrudan çalışanlarla iletişim kuramadığı çok bölge ve departman dağılımlı işletmelerde müşteri ile personelin birebir ilişkisinde yönetimin yaptırım gücü dolaylı kalmakta ve zayıflamaktadır.

Üçüncü boşluğa sebep olan yedi farklı faktör bulunur. Bunlar; rol belirsizliği ve çatışması, işe uygun olmayan eleman ve teknoloji kullanımı, uygun olmayan denetim sistemleri, algılanan kontrol eksikliği, takım çalışması eksikliğidir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e (1990:52-116) göre bu boşluğu yatan faktörler şu şekildedir (Saat, 1999: 111):

1) Örgüt içi modellerde belirsizlik

- İş tanımı, politika ve prosedürlerin, performans değerlendirme kriterlerinin belirsizliği
- Ürün ve hizmet hakkında çalışanların yeterli bilgiye sahip olmaması

- Müşterilerle etkin iletişim kuramama

2) Rol çatışması

- İç ve dış müşterilerin taleplerini anlayamama

- İç ve dış müşterilerin beklentilerinin uyuşmaması

- Birimler arası koordinasyon eksikliği

- Birçok müşterinin aynı hizmeti aynı anda talep etmesi sonucu Hizmet kalitesinin sekteye uğraması

3) Çalışanların beceri ve yeteneklerinin yaptıkları işe uymaması

4) Kullanılan teknolojinin uygunsuzluğu

5) denetim sisteminin yetersizliği, ödül ve değerlendirme sisteminin uygun olmaması

- Çalışan performans sisteminin yetersizliği

- Çalışanların müşterilerle etkileşiminin değerlendirilmemesi

- Müşteri istek ve ihtiyaçlarına odaklanan çalışanların teşvik edilmemesi, ödüllendirilmemesi

6) Takım çalışması

- Tüm çalışan ve yöneticilerin ortak amaçta birleşmemesi, takım çalışmasının teşvik edilmemesi

- İşbirliğini destekleyici çalışmalar yapılmaması

- Müşteriyle doğrudan ilişki içerisinde olan çalışanların arka planda destek hizmetleriyle desteklenmemesi

7) Denetime ilişkin algılamalar

- Müşteri gereksinimlerini karşılama amaçlı çalışanlara bireysel kararlarda inisiyatif verilmemesi

- Alınan kararlarda diğer birimlerden onay beklenmesi

- Müşteri odaklı yeni çalışma yöntemlerinin öğretilmemesi

- **Dördüncü Boşluk; Sunulan Hizmet ile Dışsal İletişim Arasındaki Fark**

Bu durum işletmelerin vaat ettiği hizmetin medya yoluyla abartılı olarak sunulması, beklentinin aşırı derecede yükseltilmesinden kaynaklanır (Altan ve Atan, 2004:22-24). Özellikle reklamlar gibi müşterilerle iletişim kurmayı sağlayan sosyal medya araçları eğer beklentileri karşılanamayacak şekilde yükseltiyorsa müşteri sunulan hizmeti görünce – kaliteli bir hizmet olmasına rağmen vaatlerin aşırı uçlarda olması- haya

kırıklığına uğrar ve kalite algısı olumsuz etkilenir (Parasuraman ve Diğerleri ,1985:45-46; Aktaran: Erdem, 2007: 142).

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e (1990:52-116) göre bu boşluğu yatan faktörler şu şekildedir (Saat, 1999: 112):

- 1) Yatay iletişim eksikliği
 - Departmanlar arası iletişim eksikliği
 - Departmanlar arası politika ve yöntem farklılıkları
- 2) Büyük ve aşırı taahhütlerde bulunulması

- **Beşinci Boşluk; Beklenen Hizmet ile Algılanan Hizmet Arasındaki Fark**

Beşinci boşluk, dört boşluktan etkilenir ve müşterinin beklentisi ile algısı arasındaki farkı tanımlar (Parasuraman ve Diğerleri , 1985:46).

$$\text{FARK 5} = f(\text{Fark 1, Fark 2, Fark 3, Fark 4})$$

SERVQUAL ölçeği sağlık işletmelerinde de kullanılabilir özelliktedir. Anderson ve Zwelling (1996:9-22) kanser merkezinde yaptıkları araştırmada bu ölçeği kullanmıştır. Yine Anderson (1995:32-37) tarafından Houston Üniversitesi Sağlık Kliniği'nde yapılan başka bir araştırmada işletmenin kalite değerlendirmesi yapılmış ve iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmiştir (Lam, 1997:45-152). Mowen ve arkadaşları (1993:26-34) sağlık işletmesinin acil biriminde, McAlexander ve Kaldenberg (1994:34-40) diş hizmeti veren bir sağlık işletmesinde SERVQUAL ölçeği kullanmıştır (Devebakan, 2007: 42-43).

SERVQUAL analizinin eleştirildiği yerler de vardır, Yazgan (2009), Carman, Babakuş ve Boller'in eleştirilerine değinmiştir. Carman'a göre (Carman, 1990; 96) Hizmet kalitesi genişletilmelidir çünkü tüm hizmetlere genellenemez. Genel değerlendirme yerine hizmetin alt işlevlerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekir, ortak değerlendirme kriterleri heveslilik, fiziksel özellikler ve güvenilirliktir. Babakuş ve Boller da 1992 yılında SERVQUAL boyutlarının genel değil hizmet özelliklere bağlı olarak farklı şekillerde uyarlanabilir olmasını savunmuştur.

Eleştiriler sonrasında, Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1991 yılında ölçeği yeniden değerlendirmiş ve boyutların müşteri bazlı önemini ve göreceli değerlendirmesini ortaya koyan üçüncü bir bölüm eklemiştir.

Cronin ve Taylor, Parasuraman ve arkadaşlarının modeline bazı eleştirilerde bulunarak SEVRPERF'i geliştirmişlerdir. Araştırmacılar ayrıca hizmet kalitesi ile müşteri algısı arasındaki ilişkiye ek olarak satın alma eğilimini de değerlendirmeyi amaçlamışlardır (Saat, 1999; 115)



2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RANDEVU SİSTEMİ

Teknolojik gelişmeler sunulan sağlık hizmetlerini pratikleştirerek hastanelerde yatarak tedavi görme sürecini kısaltmakta hatta bazı sağlık konularında tamamen elimine ederek ayaktan tedaviyi ön plana çıkarmaktadır. Böylece ayakta tedavi hizmeti sunumu gün geçtikçe önem kazanmaktadır.

Hastaların muayene edilebilmeleri için sağlık personeli, muayene alanları ve muayeneye yardımcı kaynaklar gerekir ve bu bileşenler ölçülerek polikliniğin etkililiğini belirlemek amacıyla kullanılabilir. Hasta kabul sistemleri; hastaların sağlık personeli (doktor, psikolog, fizyoterapist vs.) ile ne zaman, nerede ve ne kadar süre ile görüşecekleri gibi prosedürler üzerine odaklanır. Kısacası randevuların hangi zaman dilimine ait olacakları (sabah, öğle, akşam, gün, saat vs.), randevular arasında ne kadar süre olacağı, hangi hekime başvurulacağı, hangi tıbbi cihazların kullanılacağı gibi kuralları içerir. Hasta randevu ve kabul sistemleri üzerindeki araştırmalar gereksiz ve fazla uzun hasta bekleme sürelerini azaltarak hasta akışını maksimize etmek amacıyla kaynakların nasıl optimal kullanılacağı konusunda büyük öneme sahiptir. Kısacası ayaktan hastaların muayene ve randevu taleplerinin düzgün bir şekilde planlanması hastaların sistemde kalışlarını ve bekleme sürelerini optimal hale getirecektir (Karahan ve Gürpınar,2009;164).

Sağlık sistemlerinde (çalışmamızda poliklinikler) hizmet sisteminin, sistemin servis kapasitesini aşması, özellikle hastaların büyük çoğunluğunun (çalışmamızda hepsinin) günün erken saatlerinde polikliniğe varmaları ve polikliniğin farklı nedenlerle servise geç başlaması ya da gün içinde gecikmeler yaşaması, uzun bekleme sürelerine ve yığılmalara sebep olmaktadır. Bu durum hem hastalar hem hastane için problem teşkil etmektedir. Hastaların varış ve tedavi şeklinin düzenlenmesi (uygun bir randevu sistemi kullanımı) yığılmaları ortadan kaldıracaktır (Ak ve Çayırılı,2011: 723).

Türkiye'de birçok hastane gerekli teknolojik imkanları ve hizmet sunum kriterlerini karşılar nitelikte olmasına rağmen teşhis ve tedavi amacıyla polikliniklerde bekleme sorunu hala ciddi boyuttadır. Günlük muayene edilecek hasta sayısının hesaplanmasında yanlışlar yapılması nedeniyle yığılmalar yaşanmakta, bakılabilecek sayının üzerinde hastaya hizmet sunma çabasıyla yığılma ve yoğunluk sorunları baş göstermektedir. Özellikle fazla sayıda hastanın sabahın erken saatlerinde gelip tedavi için beklemesi gün boyunca bu kalabalığın poliklinik önlerinde devam etmesine sebep olmaktadır. Kurulacak sağlıklı bir randevu sistemi ile randevu verilebilecek

maksimum hasta sayısının doğru belirlenmesi, bu hastalara tedavi için farklı saatlerde gelmelerinin söylenmesi ile gün içinde yaşanan izdihamın önüne geçilmelidir. Burada amaç randevu sisteminin düzgün işlemlerini sağlayarak gün içinde hasta akışını kontrol edebilmektir. Bu araştırma, bahsi geçen bekleme sorunlarını kuyruk sistemleri ile çözmeyi amaçlayarak, poliklinik randevu sisteminin düzgün işlemlerini sağlayacak modeller geliştirmeyi amaçlamaktadır (Karahana ve Gürpınar,2009;156).

Randevu sisteminin düzgün işlemleri polikliniklerde hasta akışını düzenleyerek hem yığılmaların ve uzun kuyrukların önüne geçmekte hem de doktorların boş harcanan zamanlarını ve uzayan mesai saatlerini kontrol altına almaktadır. Çünkü randevu sisteminin iki temel performans göstergesi; hastaların bekleme süresi ile doktorların boş geçirdikleri zamandır. Dolayısıyla hem bekleme süresini azaltmak hem de verimli zaman kullanımını sağlamak gerekmektedir (Fedai ve Diğerleri ,1999: 49). Randevu sistemlerinin sadece gün içi randevuları değil gelecek günlerdeki randevuları da sistematik şekilde düzenlemesi her açıdan, sağlıkta kalite ve verimliliğe olan etkisini desteklemektedir (Ak ve Çayırılı,2011: 723).

2.3.1. Kuyruk (Bekleme) Sistemi Tanımı ve Özellikleri

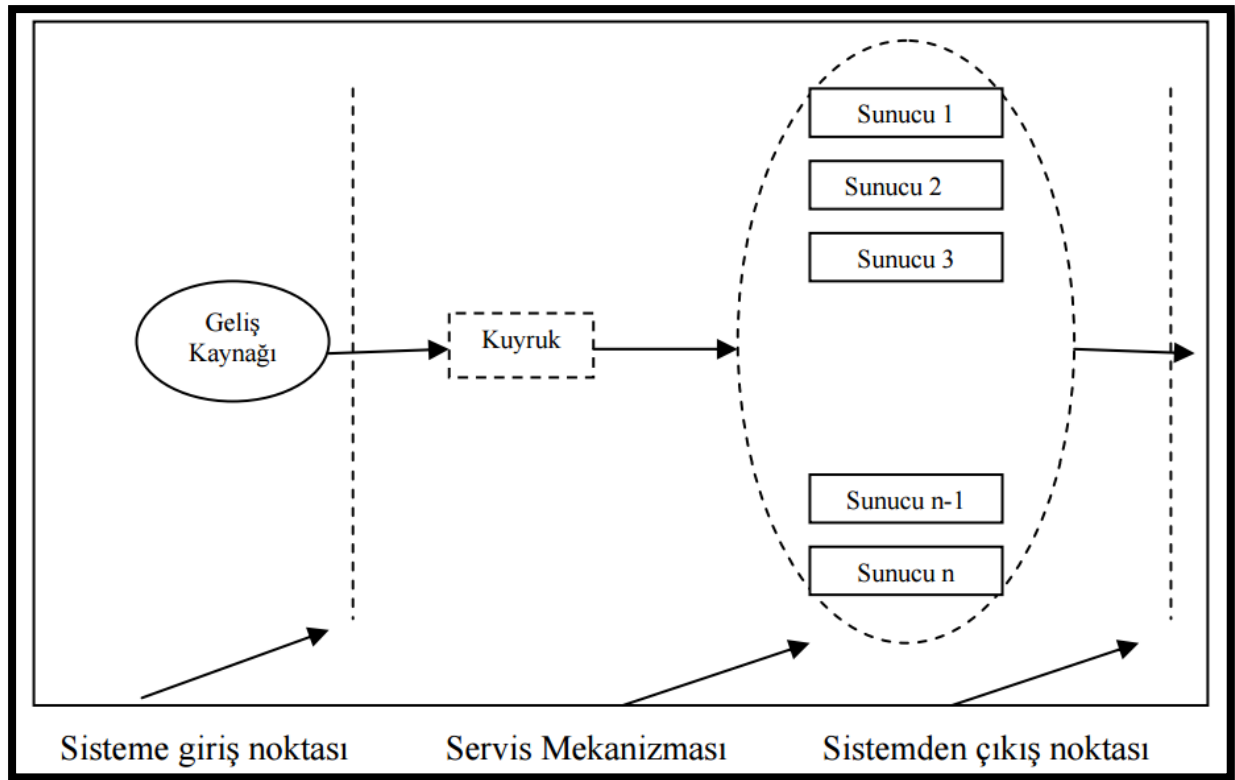
Tarihsel anlamda bu alanda yapılan ilk çalışma Johannsen'in 1907'de yazdığı "Bekleme Zamanları ve Telefon Etme Sayısı" (Waiting Times and Number Of Call) başlığını taşıyan makalesidir. Yöntem matematik verilerine dayanmadığı için Kuyruk sistemi Teorisiyle ilgili ilk çalışmanın Karl Erlang'a ait olduğu savunulur.(Tekin,2016: 21, Timor, 2001: 434; Kara, Bağırkan ve Karayalçın, 1968: 4-7; Sarıaslan, 1986: 6; Aktaran: Çevik ve Yazgan,208:120).

Kuyruk sisteminde müşteriden kasıt insan veya hizmet için bekleyen insan dışı varlıklardır. Sağlık hizmetlerine uyarlandığında poliklinik hizmeti için bekleyen hastalar kuyruk sisteminin müşterisini oluşturur (Karahana ve Gürpınar,2009: 156). Kuyrukta bekleyen müşteriler sürenin uzaması gibi olumsuzluklarla karşılaştığında bu durum genel hizmet memnuniyetlerini etkiler. Kullanılan kuyruk teorisi ile sunulan servisin hızı, müşterilerin bekleme süreleri ve memnuniyetin nasıl etkilendiği ölçülebilir (Worthington, D.J.,1991: 833-843; Aktaran: Karahana ve Gürpınar,2009: 158).

Kuyruk sisteminde kapasitenin üzerinde müşteri alımı beklemeyi uzatır. Bu husus özellikle sağlık hizmetlerinde diğer hizmet alanlarına göre daha rahatsız edici durumlara sebep olur. Poliklinik önünde bekleyen çok sayıda hasta olması, hastalığın durumuna göre ağırlı

hastaların olması gibi durumlar sinirlenme, sabırsızlanma gibi memnuniyetsizlikleri destekler (Worthington, D.J.,1991: 833-843 Aktaran: Karahan ve Gürpınar,2009: 159).

Larson ve Odoni'nin (1981), çalışmasında yer verdiği bilgilerden yola çıkarak genel kuyruk sistemini sisteme giriş noktası, servis mekanizması ve sistemden çıkış noktası şeklinde üç temel basamakla gösteren Karahan ve Gürpınar (2009), bu basamakları detaylı bir şekilde incelemiştir (Karahan ve Gürpınar,2009: 159-163). Sistem ve basamakları Şekil 16'da yer almaktadır.



Kaynak : (Larson ve Odoni, 1981: 50; Aktaran: Karahan ve Gürpınar,2009: 159-163).

Şekil 15: Genel Kuyruk Sistemi

Sisteme giriş noktasında geliş kaynağı ve girdi süreci kavramları dikkat çeker. Geliş kaynağı belli bir sayıda ise sonludur. Gün içinde tedavi için bekleyen hastaların sayısı sınırının olması buna örnektir. Girdi sürecini hesaplayabilmek için gelen müşterilerin sayısını ve gelişler arasındaki süreyi bilmek gerekir. Süre dağılımının hesaplanması için standart istatistiksel dağılımlar kullanılabilir (Ramirez V.M.T. ve Crowe, T.J., 1997: 208-212; Aktaran Karahan ve Gürpınar,2009:160).

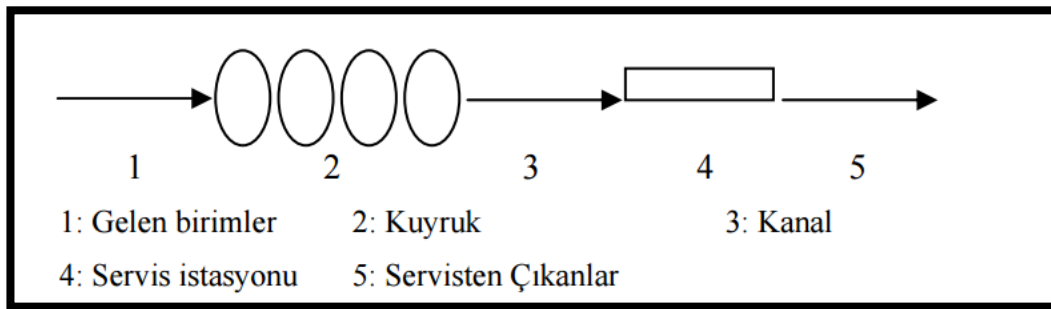
Servis mekanizması kuyruk sisteminin özünü oluşturur.

Bu noktada servis mekanizması sınıflandırmasına değinmeden önce, çeşitli servis disiplinlerinden (servis için müşteri seçiminde uygulanan politikalar)söz etmek gerekir;

- FCFS (First Come First Served- İlk Gelen Hizmeti İlk Alır)
- LCFS (Last Come First Served- Son Gelen Hizmeti İlk Alır)
- SIRO (Service in random order – Gelişigüzel Seçim)
- Öncelik (Priority) disiplinde yüksek öncelikli işe odaklanılır.
- RR (Round Robin-Dönen Tur) disiplinde iş belirlenen sürede tamamlanamazsa sonrasında gelen ilk işe geçilir.
- PS (Processor Sharing- İşlemci Paylaşımı) disiplinde işler eşit parçalara ayrılır ve müşterilerin bu küçük işleri eş zamanlı yürütülür.
- IS (Infinite Server- Sonsuz Sunucu) işten çok daha fazla sunucu vardır, bekleme riski ortadan kalkar.

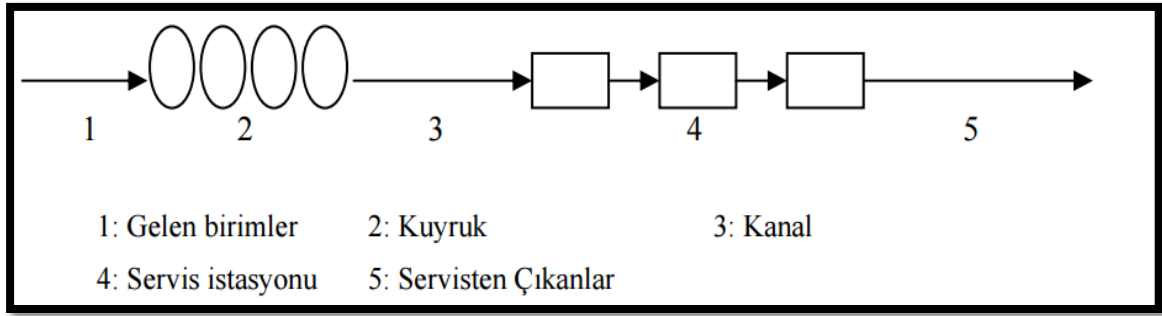
Farklı kuyruk sistemlerinde karşılaşılan servis mekanizmaları şu şekilde sınıflandırılabilir (Sezgin ve Ada, 1991: 199-201, 210-212):

- Tek kanallı ve tek aşamalı servis mekanizması: Tek kuyruk ve tek hizmet birimi bulunur, müşteriler aynı kuyrukta iş sırasını bekler, işi biten kuyruktan ayrılır.



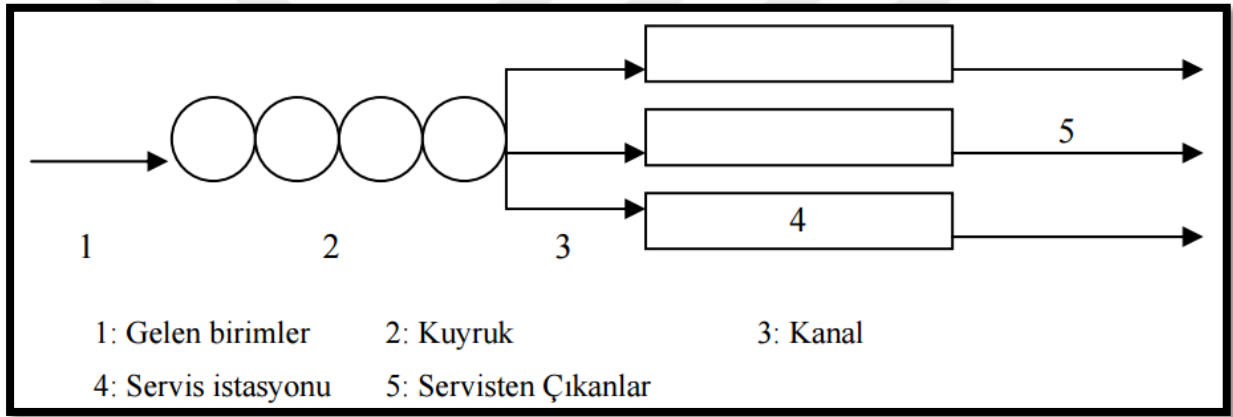
Şekil 16: Tek Kanal Tek Aşama Servis Mekanizması

- Tek kanallı ve çok aşamalı servis mekanizması: Tek bir kanal vardır ancak hizmet birden fazla aşamada tamamlanır. Müşteri aynı kuyrukta iş sırasını bekler, iş çok aşamalı sistemde adım adım gerçekleştirilir.



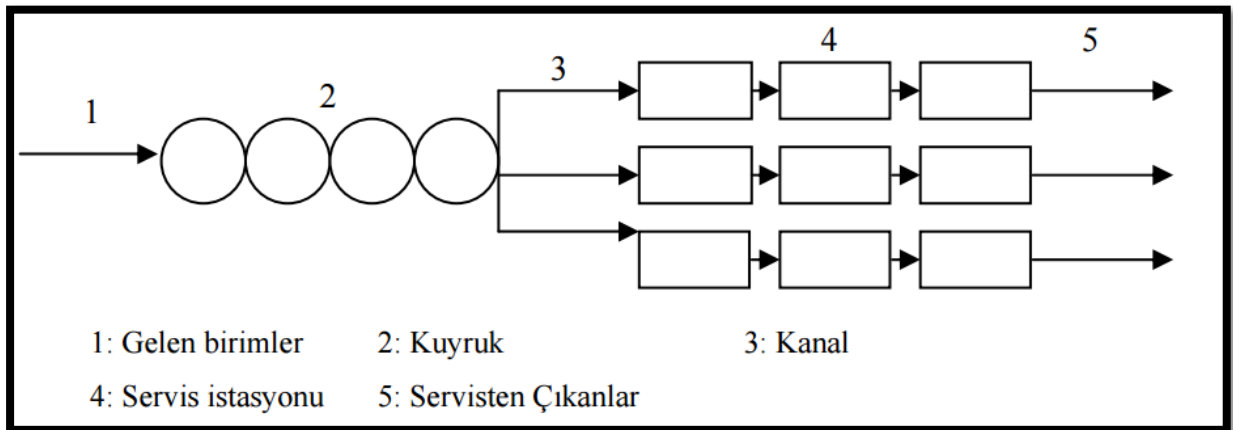
Şekil 17: Tek Kanal Çok Aşama Servis Mekanizması

- Çok kanallı ve tek aşamalı servis mekanizması: aynı hizmeti sunan birden çok kanal vardır, müşteriler dilediği kuyruğa geçer.



Şekil 18: Çok Kanal Tek Aşama Servis Mekanizması

- Çok kanallı ve çok aşamalı servis mekanizması: aynı hizmeti sunan birden çok kanal, birden çok kuyruk vardır ve her kanalda iş çok aşamalı sistemde adım adım gerçekleştirilir.



Şekil 19: Çok Kanal Çok Aşama Servis Mekanizması

Sistemden çıkış noktası, müşterilerin kuyruk sisteminden ayrılmasıdır. Müşteri kuyruğa hiç girmeden, kuyrukta bekleyip servis görmeden veya kuyrukta bekleyip servis gördükten sonra sistemden ayrılabilirler.

2.3.2. Kuyruk Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar

Kuyruk sistemlerinde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri maliyet problemidir. Burada iki türlü maliyet söz konusudur. Bunlardan birisi hizmet olanaklarının boş kalışından dolayı oluşan maliyet, diğeri ise müşterilerin bekleyişlerinden dolayı oluşan maliyettir (Yıldız ve ,Arslan,2013:169).

Hizmet olanaklarının boş kalması kavramı o anda hizmet talep eden müşterinin olmamasıdır. Bu durum randevuların iyi ayarlanamaması nedeniyle boş kalan randevu süreçleri olmasıyla gerçekleşebilir veya müşterinin randevusuna çok erken gelmesi ve uzun bekleme süresine katlanamayarak hizmet almadan orayı terk etmesinden kaynaklanabilir. İki türlü de hizmet sunumuna hazır iken talep azlığı yaşanmış olur ve maliyet doğurur. Müşterilerin bekleyişi kavramı ise talebin var olması ancak karşılayacak kapasiteye sahip olunmamasıdır. Bekleme hattı sistemlerindeki söz atıl kalma riskinin ya da kapasitenin beklentiyi karşılayamaması riskinin azaltılması sistemin etkinliğini artırır.

Bekleme hattında hizmet sunumu sağlayan sistemlerin sayısı arttırılırsa bekleme süresi ve buna karşılık gelen toplam bekleme maliyeti azalır. Ancak, sistemlerin çoğaltılması hizmet maliyetini de arttırıcı niteliktedir. Etkin bir maliyet yönetimi için bahsi geçen iki maliyet arasında denge sağlanmalıdır (Sezgin ve Ada, 1991: 210).

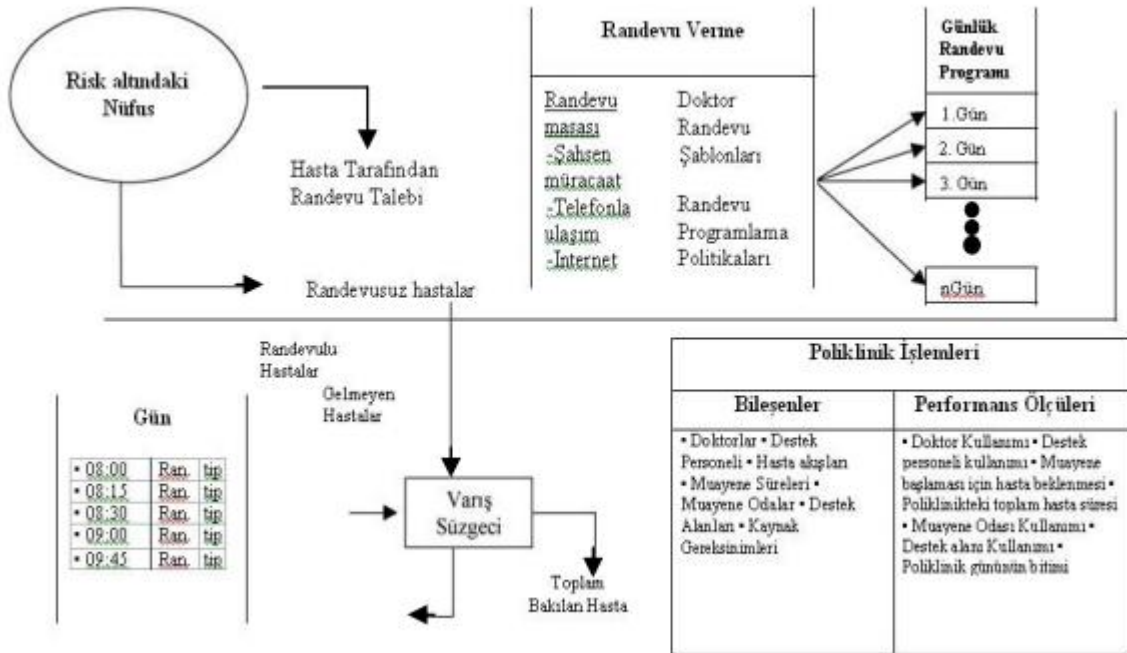
Kuyruk sistemlerinde yukarıda yer alan ve ölçülebilir maliyetlerin dışında memnuniyetsizlik yaşayan müşterinin hizmet almadan bekleme hattını terk etmesi sonucu gerçekleşen maddi ve manevi kayıplar da söz konusudur. Hizmet sunumu gerçekleşmediği için kazanç elde edilemez ve müşteri memnuniyetsizlik nedeniyle bir daha aynı hizmet sunucuyu tercih etmez. Bunlar hesaplanması zor olan fırsat maliyetleri olarak karşımıza çıkar.

Müşterilerin kuyruk sisteminde yaşadıkları en büyük zarar zaman kaybıdır. Sağlık sistemleri incelendiğinde hastaların tedavi sıralarında uzun süre beklemeleri psikolojik açıdan zarar görmelerine sebep olur. Tedavi için ne kadar bekleyecekleri, bekleme süresinde adaletsiz bir dağılım olup olmadığı, sağlık sorunları nedeniyle yaşanan üzüntü ve stresin bekleme ile

artması gibi durumlar psikolojik maliyettir (Kumar, Kalwani, ve Dada, 1997: 296; Berry, 1979: 59; Feldman ve Hornik, 1981: 410; Aktaran: Çiçek ve Atılğan,2012:88). Bu durum sadece kişi odaklı değil toplumsal odaklı daha büyük maliyetlere de sebep olarak ülkenin genel işgücü kapasitesinin de etkiler (Akalm,1979: 23; Tekin, 1986: 8, 10, 38; Aktaran Karahan ve Gürpınar, 2008: 163-164, Sezgin ve Ada, 1991: 199-201,210-212).

2.3.3. Poliklinik Randevu Sistemi Tanımı Ve Özellikleri

Poliklinik randevu sistemi, hastaların önceden planlan sistematik bir düzen ile tedavi olmak amacıyla polikliniğe kabul edilmesi uygulamasıdır. Muayene süreleri planlanarak hastaların polikliniğe ne zaman gelmesi gerektiği, bir önceki hastanın tedavisinin ne zaman biteceği ve bir sonraki hastanın tahminen ne kadar süre sonra alınacağı hesaplanarak poliklinik işleyişi düzenli hale getirilir (Karahan ve Gürpınar,2009: 156). Poliklinik randevu süreci Şekil 20’de detaylandırılmıştır.



Kaynak: (Karahan ve Gürpınar,2009)

Şekil 20: Poliklinik Randevu Süreci

Poliklinik randevu sistemi blok randevu ve bireysel randevu olarak iki kısımda incelenebilir.

Blok randevu sisteminde en eski uygulama tek blok randevu sistemidir. Hasta başına süren teşhis ve tedavi süresinin kestirilemez olacağı, hastaların geç kalma özelliği göstereceği gibi etmenler göz önünde bulundurularak tüm hastaların poliklinik hizmete başlamadan önce orada hazır beklemesi istenir (Sezgin, A. ve Ada, E., 1991: 201,210-212).

Bireysel randevu sistemlerinde ise hastalara farklı randevu saatleri verilir (Sezgin, A. ve Ada, E., 1991: 201,210-212). Bu sistemler sabah oluşacak yığılmaların ve uzun bekleme sürelerinin önüne geçmeyi amaçlar..

Bireysel ve blok randevu sistemi birleştirildiğinde ise genellikle poliklinik oturumu başlangıcında belirli sayı- da hasta için blok randevular; sonraki hastalar için bireysel randevular programlanır (Babes, M. ve Sarma, G.V., 1991: 845-855).

2.3.4. Poliklinik Randevu Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar

Hastaların farklı teşhis ve tedavilere ihtiyaç duyması hasta başına harcanacak sürenin önceden tahmin edilmesini zorlaştırmaktadır. Muayene süreleri temel istatistiksel dağılımlara uymayarak kişi başı muayene süresinin ve gün içinde toplam kaç hastaya bakılabileceğinin hesaplanması güçleşmekte bu durum uzun bekleme süreleri ve verimsiz hizmet sunumuna sebep olmaktadır (Karahana ve Gürpınar, 2009: 170).

Poliklinik randevu sisteminde karşılaşılan en önemli sorun randevu verilirken nasıl bir yol izleneceğinin belirlenmesi aşamasıdır. Denton ve Gupta (2008), poliklinik randevu sistemi sorunu olarak randevu çizelgelemesinin karar ve çevresel faktörleri göze alarak nasıl gruplandırılabilirliğini araştırmış ve üç farklı sağlık sistemi değerlendirmesine yer vermiştir: (i) birinci basamak, (ii) uzman klinikler, ve (iii) cerrahi operasyonlar.

(i) Birincil Basamak Sağlık Sistemlerindeki Randevu sistemi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde genellikle sunulacak hizmetler süre açısından tahmin edilebilir niteliktedir.

Cayırılı ve Veral (2003) çalışmalarında, servis sağlayıcıların mevcut muayene sürelerini yarım saat yaparak –rutin 15, komple muayene yarım saat- randevuların başlama ve

bitiş zamanları belirlenerek günlük hasta sayısı hesaplanabilir, hatta son dakika gelen hastalar için ek randevu zamanları da oluşturulabilir.

(ii) Uzman Kliniklerdeki Randevu sistemi

Uzman klinikleri birincil basamak sağlık sistemlerinden biraz daha değişken özellikte sağlık hizmeti sunarlar. Bu durum sunulan sağlık hizmetinin süresinin standart hale getirilmesini zorlaştırır.

Bu tür durumlarda, randevular periyodik aralıklarla gerçekleştirilerek randevular çizelgeye işlenmekte ve yine son dakika gelen hastalar için –birincil basamak sağlık işletmelerinden sevkle gelebilecek hastalar da dikkate alınarak- ek randevu zamanları oluşturulur (Ak ve Çayırılı,2011: 724).

(iii) Cerrahi Operasyonlarda Randevu Çizelgelemesi

Cerrahi operasyonların çizelgelenmesi diğerlerine göre en karmaşık olanıdır. Operasyon süreleri değişkendir, oluşabilecek komplikasyonlar önceden tahmin edilemez ve sürenin uzamasına sebep olabilir. Bazen operasyon öncesi ön tanı ve taramaları gerçekleştirmek için randevular verilmekte, operasyon sonrasında da takip amaçlı ek randevularla sunulan hizmet desteklenmektedir.

Bu hizmet sunumunda koordinasyon sağlanması gerekmektedir. Hizmeti sunacak ekibin, hizmetin sunulacağı alanın ve destek personelinin –anestezi uzmanı vs.- aynı anda hazır olacağı bir süre planlanmalıdır.

Bundan dolayı, ameliyat çizelgelenmeleri genelde iki aşamalı gerçekleşir, hem hasta hem de hizmet sağlayıcıların uygunlukları karşılıklı değerlendirilir. Operasyon öncesi hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi, kayıtların tutulması, hastanın hazır olma durumu ve acil hizmet gerektiren başka hastaların olmasının randevunun iptali ve gecikmesine sebep olması ihtimalleri değerlendirilmelidir (Ak ve Çayırılı,2011: 724).

Çayırılı ve Veral (2003) taksonomisinde çizelgelemenin nasıl yapılacağı, hastaların nasıl sınıflandırılacağı, iptal edilen randevular ve planlanmamış –randevusuz- sağlık hizmeti sunumu gibi faktörleri değerlendirmiştir.

(i) Randevu çizelgeleme kuralları

Hastaların hangi aralıklarla ve hangi sayıda çağrıldığını belirleyen, randevu sisteminin en temel karar aşamasıdır. Blok sayısı ile her bloğa kaç hasta çağrıldığı, başlangıç bloğu ile mesai saati başlangıcına kaç kişi çağrıldığı, randevu aralığı ile de iki randevu arasındaki süre belirlenir. Bu değişkenler ile randevu kuralı belirlenir.

Bailey (1952), ‘Bailey kuralını’ nı önererek bütün hastaların poliklinik sunumu öncesi aynı anda çağırılması sistemine alternatif bir sistem geliştirmiştir. Bu kural ile tüm hastaların sabah erkenden çağırılarak gün boyunca beklemesi önlenerek gün içinde randevu saatleri planlanmakta ve hastalar sırayla çağırılmaktadır (Ak ve Çayırılı, 2011: 725)

(ii) Hasta Sınıflandırılması

Sadece randevu çizelgeleme kuralları değil, aynı zamanda farklı hasta gruplarının mesai içerisinde nasıl sıralandığı da önem taşımaktadır. Randevu için arayan hastaları gruplandırmak, sınıflandırmaları hasta tipine (yeni-kontrol), yaşına (pediatrik-yetişkin-geriatrik) ya da uygulanacak farklı prosedürlere (görüntüleme, efor testi vs.) göre yapmak planlanmaktadır. Buradaki amaç, eğer konsültasyon surelerinde belirgin farklılıklar var ise, bunların randevu sistemine yansıtılmasından doğabilecek iyileştirmelerdir. Herhangi bir hasta sınıflandırılması göz önüne alınmadığında, randevu sistemleri hastaların ortalama konsültasyon surelerine göre tasarlanmakta ve klinik içi sıralamada herhangi bir kural kullanılmamaktadır.

Cox ve Diğerleri (1985), Kulak-Burun-Boğaz kliniğinde gerçek yaşam verileri kullanarak kurdukları benzetim modelinde yeni ve eski hastaların sıralanmasında farklı yaklaşımları incelemişlerdir. Klassen ve Rohleder (1996), hastaları konsültasyon surelerindeki varyansa göre “düşük-yüksek“ olarak sınıflandırmıştır. Yazarların benzetim tabanlı deneysel modellerinden çıkan sonuçlar, mesai başlangıcında “düşük-varyans” hastaların listelenmesinin en iyi yaklaşım olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak, Çayırılı ve Diğerleri (2008), sıralama kurallarını “yeni/eski” hasta sınıflandırması kullanarak çeşitli çizelgeleme kuralları üzerinde test etmiştir. Böylece çizelgeleme ile sıralama kuralları arasındaki olası etkileşimler de ANOVA yöntemi ile incelenmiştir (Ak ve Çayırılı, 2011: 727).

(iii) Randevusuna Gelmeyen ve/veya Randevusuz Gelen Hastalar

Poliklinik randevu sisteminde karşılaşılan bir diğer sorun alınan randevunun sağlık hizmeti sunumu ile sonuçlanmamasıdır. Hastaların randevularını kaçırmaları, randevuyu

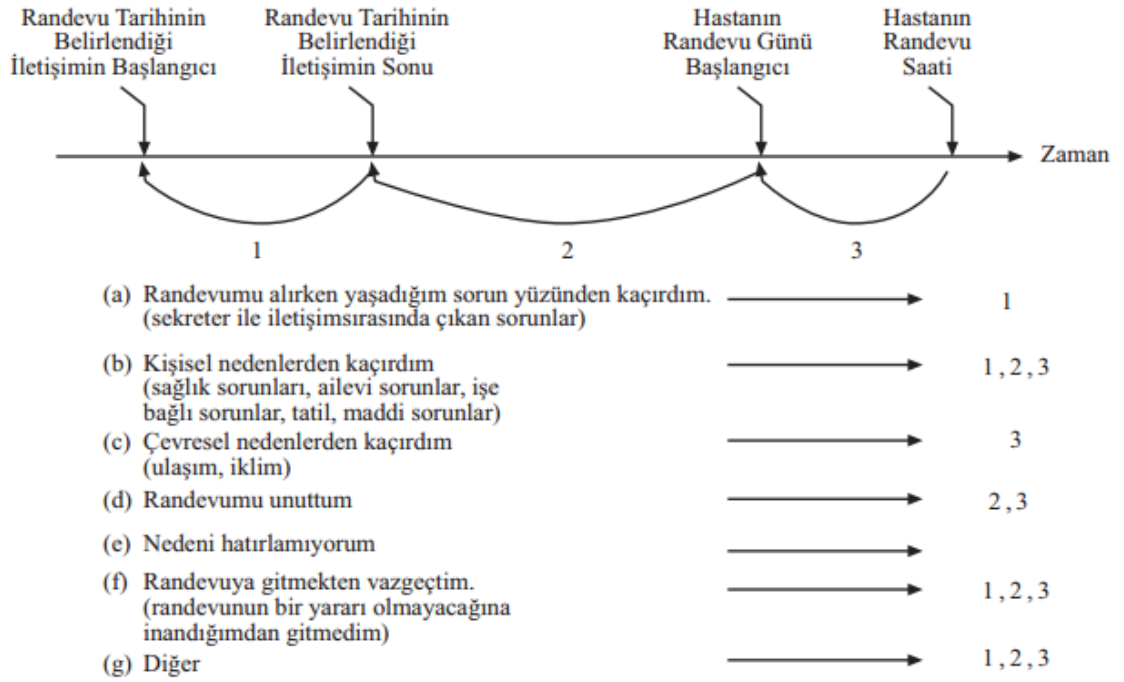
beklerken tedaviden vazgeçmeleri ya da randevularına gelememeleri söz konusu soruna sebep olurken hem hastalar hem de sağlık kurumları açısından önem teşkil eder.

Kurumlar için randevu alınması ancak randevulara gelinmemesi, poliklinik hizmetlerinde aylak (boş) zaman yaratarak maliyete sebep olmakta ayrıca sağlık hizmetinin sunumunu engelleyerek hastanelerin asli görevini yerine getirmede eksiklikler yaşamasına sebep olmaktadır. Randevu alan hastanın randevuya gelmemesi, hem kendisinin almayı planladığı sağlık hizmetinden mahrum kalmasına, teşhis, tanı ve tedavi sürecinin gecikmesine ve geç kalmanın kritik sonuçlar doğurabileceği rahatsızlıklarda maddi (daha masraflı tedavi süreci vb.) ve manevi (daha uzun süren tedavi süreci vb.) kayıplar yaşamasına hem diğer hastaların da randevularını uzun bir zaman dilimi sonrasına alması sebebiyle benzer kayıplar yaşamasına sebep olmaktadır.

Kopach ve Diğerleri (2007) çalışmasında randevusuna gelmeyen hastaların demografik veriler, tıbbi durumlar, hekime bakış açısı, kuruma erişim, idari süreçler ve çevresel faktörlerden etkilendiğini belirterek bu konuda yapılan çalışmaları derlemiştir.

Fomundam ve Herrmann (2007) çalışmasında sağlık hizmeti alma hakkından vazgeçen hastaları incelemiş, acil servise başvuran hastaların, sıra uzunluğu ve hizmet almak için beklenecek sürenin fazla olduğunun fark etmesi durumunda sıranın kendisine gelmesini beklemeden kurumdan ayrıldığına, bu durumun özellikle teşhis ve tanı için değil varsa testlerin yapılması ve sonuçların gösterilmesi aşamasında daha sık yaşandığını belirtmişlerdir.

Randevuların kaçırılma sebeplerinin araştırıldığı çalışmalarda, hastaların randevularını unutmalarının önemli bir neden olduğu belirlenmiştir. Şekil 21, çalışmada değerlendirilen randevu kaçırma süreci ve nedenlerini içermektedir. Yüce (2006) gerçekleştirdiği çalışmada, unutilan randevuların kaçırılmasını önlemek amacıyla benimsenen yöntemleri incelemiş, özellikle mobil telefonlar üzerinden gönderilen kısa mesaj aracılığı ile randevularının hatırlatılması yönteminin, kaçırılan randevu sayısında anlamlı bir azalma sağlamasının yanında, hastaların bir ya da birkaç gün önceden sağlık kurumunu arayarak gelemeyeceklerini bildirmelerine ve randevularını iptal ettirmelerine neden olduklarını da gözlemlemiştir (Dockery ve Diğerleri ,2001:37-39; Haynes ve Diğerleri , 2006:36-39; Hashim ve Diğerleri , 2001:193-196; Downer ve Diğerleri ,2005:366-388; Aktaran: Yüce ve Diğerleri ,2006:82).



Kaynak: (Yüce ve Diğerleri, 2006)

Şekil 21: Randevu Kaçırma Süreci ve Nedenleri

Söz konusu çalışmada randevulara gelinmemesinin başlıca sebebi kişisel nedenler olarak belirtilmiştir. Maddi sorunlar, tatil, ailevi sorunlar ve işe bağlı sorunlar nedeniyle randevuya gelememe kişisel nedenler olarak sayılmaktadır. Unutma ikinci önemli sebeptir. Hekim veya hastane ile ilgili duyulan rahatsızlık, endişe, verilecek hizmetin rahatsızlığın çözümü için yeterli olmayacağına dair inanmışlar vs. ise hastaların vazgeçmelerine sebep olmaktadır. Randevu kaçırma nedenlerinden randevunun unutulması ve randevu tarihi belirlenmesi sırasında yaşanan sorunlar kısa mesaj hatırlatma sistemi ile ortadan kaldırılmaya çalışılmış ve hastaların gelememe durumunda randevularını iptal ettirme davranışı geliştirmesi beklenmiştir.

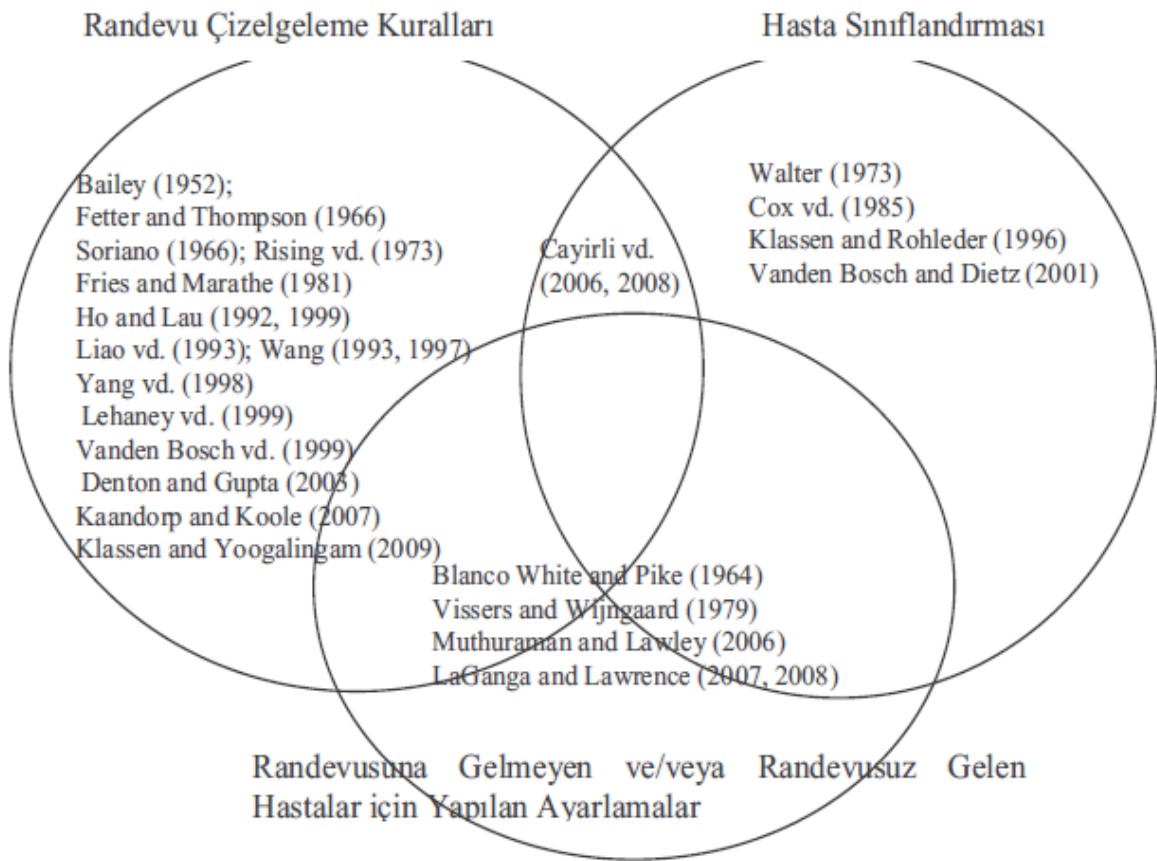
Bu konuyla ilgili Yüce ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri bir başka çalışmada ise (prototip denemesi), randevu hatırlatmak için kısa mesaj sistemi kullanılmaktadır. Hastalar yine muayenelerinin mesaj yoluyla iptal edebilmektedir. Makalede, sistem mimarisi, bileşenleri ile açıklanmakta ve geliştirilen prototipin işlevleri ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Sağlık hizmeti almak için kuruma gelen ancak randevusu olmayan hastalar da bir diğer sorunu teşkil eder. Randevulu hastaları bekletmeden ve doktorların fazla mesai yapmasına neden olmadan randevusuz hastalara hizmet sunabilmek zor fakat gerekli bir husustur. Randevusuna gelmeyen hastanın randevusunu bu hastalara vermek kalıcı bir çözüm değildir

çünkü boşa çıkan randevu son dakika gelişen ve sayısı gün içinde önceden bilinemeyecek bir durumdur. Klassen ve Rohleder (1996), acil hastalar için ayrılacak boş vakitlerin nasıl ayarlanacağını incelemiş ve geç saatlerde acil hastalar için boş vakit bırakılmasının doktor boş kalma süresini düşürerek daha fazla hastaya hizmet sunulabileceğini belirtmişlerdir (Ak ve Çayırılı, 2011:729).

2.3.5. Randevu Ve Kuyruk Sistemi Üzerine Yapılmış Çalışmalar

Hastanelerde kuyruk ve randevu sisteminin etkinliği üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda, bu sistemin doğuşu ve gelişimine sağlanan katkıları gösteren geniş bir literatür bilgisi mevcuttur. Şekil 22, randevu sistemleri ile ilgili gerçekleştirilen araştırmaları göstermektedir.



Kaynak: (Ak ve Çayırılı 2011)

Şekil 22: Literatürdeki Randevu Sistemleri

Lindley (1952), bu problemi analitik olarak inceler. Erlang'ın oluşturduğu telefon çalışmasının sonuçlarını geliştirerek genel bir teori ile çeşitli gereklilikleri karşılamaya çalışmıştır. Tek sıra, tek sunuculu kuyruk sistemini baz alarak iki hasta arası geliş süresini ve sağlık hizmeti alma süresini yakın sayarak eşit aralıklarla dağıtılmış randevuların etkinliğini ölçmeye çalışmıştır.

Bailey (1952), matematiksel formülle bekleme süresi ve doktorların bir sonraki hastayı görene kadar boşa geçen zamanları (atıl zaman) üzerine çalışmıştır. Hiçbir hastanın geç kalmadığı ve randevuya gemlemezik yapmadığı varsayımıyla 5 dakikalık sürelerle hasta geliş olan bireysel-blok randevu sistemi önermiştir.

Soriano (1964), her defasında iki kişiye randevu verilmesi sistemi ve bireysel randevu sistemini kıyaslayarak ilk sistemin hekimlerin etkin kullanımı açısından daha avantajlı olduğunu belirtmiştir. Çalışmada hastaların polikliniklere randevu saatinde geldikleri varsayılarak geç kalma ve erken gelip bekleme elimine edilmiştir.

Fetter ve Thompson [1965] bilgisayar benzetimi ile ayaktan hasta alımında hasta bekleme süresi ve doktorların atıl zamanı üzerine 4 model oluşturarak hasta yükündeki değişimin mesai saati uzunluğuna etkisi, doktorların konsültasyona çağırılma sıklıklarında artış ya da azalışın etkisi ile hasta bakım istatistiklerinde değişikliğin etkisini incelemişlerdir.

Rising (1971), öğrencilere hizmet veren bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirdiği çalışmada uzun bekleme süresi, mesai bitimi sonrası dahi muayeneye devam eden doktorlardaki yorgunluk, aşırı kalabalık nedeniyle altyapı yetersizliği yaşayan kurum, karışık ve kalabalık bekleme odaları üzerine simülasyon çalışmaları gerçekleştirmiştir.

Rising, Baron ve Averil (1973), talep belirsizliği durumunda doğrudan gelen hastaların geliş şeklini düzenlemeye yönelik çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Çalışma sonucunda muayene olan hasta sayısı %13.4 artarken, talep artışına rağmen doktorların toplam çalışma süresi %5.1 azalmıştır, hastanın muayene süresi %5 artmıştır, hastaların bekleme süresi değişmemiştir ve doktorların moralinde düzelme görülmüştür.

Fassauer ve arkadaşları (1979), poliklinik alt birimlerini araştırma, tıbbi bakım ve eğitim olarak ayırarak reorganizasyonu sağlamış ve hasta başına düşen 46 dakikalık bekleme süresini 36.9 dakikaya düşürmüşlerdir.

O'Keefe (1985) çalışmasında; hastaların, FCFS (first come first served) ile hizmet aldıklarını ve polikliniklerin atıl kapasitesi olduğunu tespit etmiş; geleneksel modeller kullanmak yerine sistemsal yaklaşarak bekleme süresine doğrudan müdahale edilemediği durumlarda bekleme ortamını konforlu hale getirmenin memnuniyeti olumlu etkileyeceğini öne sürmüştür (Karahana ve Gürpınar,2009: 156).

Saunders ve Diğerleri (1989), kurdukları simülasyon modelinde kaynak kullanımını, kuyruk büyüklüğünü, kaynak atamanın ve laboratuvar işlemlerindeki değişimlerin hastaların çevirim zamanı üzerindeki etkilerini test etmişlerdir (Söyler ve Koç,2014:115).

Kumar ve Kapur (1989), çalışmalarında oluşturdukları simülasyon programı ile hemşireleri doğru yerde doğru göreve yerleştirmeye çalışmış, böylelikle hastaların acil servislerdeki bulunma zamanlarını minimuma indirmişlerdir.

Weiss (1990) ile Pedgen ve Rosenshine (1990), randevu sisteminde bekleme sürelerini ön plana koymuştur (Weiss,1990: 143-150; Pedgen ve Rosenshine, 1990: 343-348; Aktaran: Karahan ve Gürpınar,2009: 156).

Brahimi ve Worthington (1991), müşterilerin bekleme süreleri ve muayene sürelerini göz önüne alarak, lokal bir hastanede uygun bir randevu sistemi tasarlama üzerinde çalışmışlardır. Tek doktorun hizmet verdiği ve hastaların ortalama 1.5 saat beklediği bu hastanede çoklu hizmet sunucu kullanmışlardır. Çalışmada elde edilen verilerle ayrıca hastane yöneticilerinin maliyetinden yakındığı aşırı tekrar eden ziyaretleri (üst üste kontrol muayenelerinin yapılması) incelemek ve başka araştırmada değerlendirmek üzere hastaların önceki ziyaretlerine ve ziyaret nedenlerine dair bilgileri de analiz etmişlerdir.

Worthington (1991) gerçekleştirdiği bir başka çalışmada ayaktan hastaların bekleme süresini azaltmak için hastane yöneticilere düşen görevlere değinmiştir.

Babes ve Sarma (1991), varma ve tedavi olma zamanı, muayene süresi ve daha önce muayene olup olunmadığı gibi verilerle kuyruk sisteminin parametrelerini teorik formüllerle tahmin etmeye çalışmış, hasta gelişlerinin normal dağılıma dayalı testlerle daha sağlıklı olarak belirlendiğini görmüşlerdir.

Ho ve Lau (1992), maliyet odaklı incelemelerde bulunarak aylak kapasite yaklaşımına odaklanmış ve simülasyon kullanarak uygun koşullar oluşturmaya çalışmışlardır. Öncelikli amaçları boşa harcanan zamanın maliyetini azaltmak olmuştur.

Kirtland ve Diğerleri (1995), acil serviste hasta bekleme süresini azaltmak istemişlerdir. Acil servise bakı bölümü koyarak 15.5 dakika, hastaları bekleme odasında bekletmek yerine boşalan sedyelere alarak 14.1 dakika, acil servis alanına laboratuvar koyup testlerin burada yapılmasını sağlayarak 8.4 dakika kazanmışlardır. Kısacası kaynakların etkili bir şekilde atanmasıyla bir acil serviste hasta çevirim zamanının yaklaşık 38 dakika azaltılabileceğini göstermişlerdir.

Chin ve Fleisher (1998) acil serviste görev yapan sağlık personelinin boşa harcanan zamanını azaltarak hasta devir hızını arttırmışlardır (Söyler ve Koç,2014:115).

Rosetti ve Diğerleri , (1999) standart vardiya saatlerinde hizmet veren doktorlarının sayısını arttırarak hasta devir hızını arttırmaya çalışmışlardır. Çalışmada acil servise fazladan bir doktor hizmet verdiğinde hasta başına 14.5 dakika daha az zaman harcanmıştır ve bekleme süreleri azaltılmıştır (Söyler ve Koç,2014:115).

Rohleder ve Klassen (2000), randevusuz hastaların ve randevusuna gelmeyen hastaların bekleme süresi ve doktorun boşa geçen zamanına etkisini incelemişlerdir (Karahan ve Gürpınar,2009: 156).

Huttschenreuter (2004) ise kısa muayene süresi beklenen hastalara önce, uzun süre beklenenlere günün ilerleyen saatlerinde randevu verilmesini önermiştir.

Ruohonen (2007) çalışmasında mevcut sistemi simülasyon ile iyileştirmeye çalışmış ve bekleme sürelerinin %40 azaldığı tespit etmiştir (Söyler ve Koç,2014:116).

Kopach ve Diğerleri (2007), literatürde görülenlerden farklı olarak hastaların uzun dönem randevuları yerine açık erişim sistemi ile doktorları 1-2 gün içerisinde gördükleri bir sistemden söz etmektedirler. Böylece hastaların randevu alıp gelmemesi riski azalırken, tedaviye erişim daha kolay olmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre açık erişim ve randevu planlama süresinin kısaltılmasıyla klinikler daha fazla hastaya hizmet verebilirler. Öte yandan açık erişim uygulamasında agresif bir tutum izlenmesi (başlangıçta çok fazla hasta almak), bakımın sürekliliğini negatif etkilerken, daha yüksek tedavi masraflarına ve dolaylı olarak hasta- doktor memnuniyetsizliğine sebep olacaktır.

Kolisch ve Sickinger (2008), radyoloji birimine randevulu hastalara ek olarak yatan hasta ve acil hastaların gelmesi durumunda yaşanacak sorunları vurgulamıştır.

Çayırılı ve Veral (2003), çalışmalarında derledikleri tabloda randevu sistemi düzenlemeleri üzerine yapılmış çalışmaları derlemiştir. Hastaların randevuya gecikme veya randevuyu kaçırmaya durumları, randevusuz hasta alımı, doktorun atıl zamanı, hizmet alım önceliği Ve kullanılan randevu sistemini belirledikleri bu tablo aşağıda yer almaktadır (Çayırılı ve Veral,2003:540-546):



Tablo 7: Poliklinik Randevu Sistemi Üzerine Yapılmış Çalışmalar

ÇALIŞMA	HASTA GECİKMESİ	RANDEVU KAÇIRMA	RANDEVUSUZ HASTA	DOKTOR GECİKMESİ	SIRA ŞEKLİ	ÖLÇÜM KRİTERİ	RANDEVU SİSTEMİ
Lindley (1952)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi ortalaması ve varyansı	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Welch & Bailey (1952)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi frekans dağılımı Doktor atıl zaman frekans dağılımı Sıradaki hasta sayısının frekans dağılımı Muayene süresi ortalaması ve std. Sapma Hastanın poliklinikteki yerine göre bekleme süreleri	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Mercer (1960) (1973)	Mevcut	Mevcut	Yok	Dakik	FCFS	Kuyruk uzunluğu frekans dağılımı	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
White & Pike (1964)	Dakik	Mevcut	Yok	Mevcut	FCFS	Bekleme süresi ortalaması Doktor atıl zaman ortalaması 30 dk. İçerisinde görülen hasta yüzdesi	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Jannson (1966)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi toplam maliyetinin frekans dağılımı Doktor atıl zamanı	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Soriano (1966)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi dağılımı	Karma
Fetter & Thompson (1966)	Mak. 5 dk.	Mevcut	Mevcut	30-60 dk.	FCFS	Bekleme süresi ortalaması Doktor atıl zaman ortalaması	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Walter (1973)	Dakik	Yok	Mevcut	Dakik	FCFS	Bekleme süresi ortalaması Doktor atıl zaman ortalaması	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Rising, Baron & Averill (1973)	Dakik	Yok	Mevcut	Mevcut	Karma	Bekleme süresi ortalaması Bekleme süresi frekans dağılımı	Belirtilmemiş
Fries & Marathe (1981)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi ortalaması Atıl zaman ortalaması Fazla mesai ortalaması	Karma
O'keefe (1985)	Genellikle dakik	Mevcut	Yok	Genelde gecikme	FCFS	Bekleme süresi ortalaması	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Pedgen & Rosenshine (1990)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi toplam maliyeti Doktorun erişilebilirliği	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
ÇALIŞMA	HASTA	RANDEVU	RANDEVUSUZ	DOKTOR	SIRA	ÖLÇÜM KRİTERİ	RANDEVU SİSTEMİ

	GEÇİKMESİ	KAÇIRMA	HASTA	GEÇİKMESİ	ŞEKLİ		
Babes & Sarma (1991)	Poisson dağılım	Yok	Yok	Dakik ile 30 dk. Gecikmeli	FCFS	Sıradaki hasta sayısı ortalaması Bekleme süresi ortalaması Muayene süresi Doktor çalışma yoğunluğu	Tek blok
Brahimi & Worthington (1991)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Sistemdeki ortalama hasta sayısının frekans dağılımı Tüm sunucuların meşgul olma olasılığı	Belirtilmemiş
Liao & Pedgen & Rosenshine (1993)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi maliyeti Doktor atıl zaman maliyeti	Karma
Wang (1993)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Hasta akış süresi toplam maliyeti Muayene süresi	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Huarng & Lee (1996)	Dakik	Yok	Yok	Veri yok	FCFS	Bekleme süresi ortalaması Atıl zaman ortalaması Sıradaki hasta sayısı ortalaması Muayene olan hasta sayısı ortalaması	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Liu & Liu (1998)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi maliyeti Atıl zaman maliyeti Fazla mesai maliyeti	Karma
Lehaney & Clarke & Paul (1999)	Dakik	Yok	Yok	Veri yok	FCFS	Bekleme süresi ortalaması Bekleme süresi frekans dağılımı Sıradaki hasta sayısı	İşlem süresine göre sıralama
Bosch & Dietz & Simeoni (1999)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi maliyeti Fazla mesai maliyeti	Karma
Lau & Lau (2000)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi maliyeti	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Rohleder & Klassen (2000)	Dakik	Mevcut	Yok	Dakik	FCFS - Acil	Bekleme süresi ortalaması ve maliyeti Atıl zaman ortalaması ve maliyeti Muayene süresi ortalaması Acil hastaların bekleme süresi	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Robinson & Chen (2001)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Fazla mesai maliyeti	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)
Denton & Gupta (2001)	Dakik	Yok	Yok	Dakik	FCFS	Bekleme süresi maliyeti Atıl zaman maliyeti Fazla mesai maliyeti	Bireysel-blok randevu (sabit aralık)

Türkiye’de hastane bekleme sistemleri ile ilgili çalışmalara bakıldığında ilk olarak Dişçi’nin (1986) çalışması dikkat çekmektedir. İÜ tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğinde gerçekleştirdiği simülasyon modeli ile tahminlenebilir hasta yükü , hekim sayısı, randevu aralıkları değerlerini kullanmıştır.

Şahin (1998) Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin il bazında incelemesini gerçekleştirmiş ve yaklaşık %55’inin mevcut kaynakları verimli kullanamadığını tespit etmiştir. Çalışmasında 1996 yılı Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı verilerini kullandığı görülmüştür (Söyler ve Koç,2014:115).

Fedai vd. (1998), GATA dış polikliniğinde bekleme süreleri ve boş geçen zaman arasında denge kurmaya çalışmışlardır. Sonsuz geliş kaynaklı ve çok hizmet kanallı kuyruk modeli kullanıldığını görerek yaptıkları iyileştirme çalışmaları ile günlük hizmet alan hasta sayısının artmasını ve bekleme sürelerinin azalmasını sağlamışlardır (Ak ve Çayırılı,2011: 733).

Erol ve Oğulata (2000), fizik tedavi, hemodiyaliz ve radyasyon onkolojisi kliniklerinde etkin kaynak kullanımını destekleyerek bekleme sürelerini azaltmaya çalışmışlardır. Kanseri türlerinin tedavi süresinin uzunluğuna etkisini inceleyerek, aylak kapasite, bekleme süresi ve çevresel faktörler ve hasta devir oranının sistem performansı üzerindeki etkilerini incelemişlerdir (Ak ve Çayırılı,2011: 733).

Özdağoğlu ve Diğerleri , (2002) tedavinin özelliklere göre sınıflandırılmasının sunulan hizmet kalitesini iyileştireceğini ve yoğunluğu azaltacağını öne sürerek pilot hastane çalışması gerçekleştirmiş ve acil hastalar üzerinden simülasyon programı geliştirmişlerdir (Söyler ve Koç,2014:116).

Erdem vd. (2002) gözlemledikleri poliklinikte randevu sistemlerinde öncelikle randevu verilme sistemini sonrasında poliklinik hasta akışını incelemişlerdir. Poliklinik fiziksel unsurları, telefonla randevu alma sistemi, randevu sayısı, kaynak kullanımı verileri ile hasta randevu çizelgeleri düzenlemişlerdir (Ak ve Çayırılı,2011: 733).

Çetik ve Oğulata (2002), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ndeki çalışmalarında randevu sistemindeki hataların bekleme süresine etkisini gözlemlemişlerdir. Sabah yığılmaları ve tedaviyi destekleyici konsültasyon –diğer birimlerden alınan sağlık hizmeti desteği- işlemlerinin beklemeye etkisini inceleyerek iş akışlarındaki tıkanmaları çözmeyi amaçlamışlardır. Oğulata vd. (2008) aynı hastanenin fizik tedavi ve rehabilitasyon birimindeki

bir diğerk çalışmalarında, haftalık hasta izelgesi oluşturarak klinik personel sayısı odaklı hasta sayısı belirlenmişlerdir. İş yükünü dengelemek amacıyla hastaları asistanlardan daha deneyimli olan uzmanlara dağıtmışlardır. Son olarak da bekleme süresini azaltmak için “oklu-blok/sabit aralık” randevu çizelgelemesi kullanmışlardır (Ak ve Çayırılı,2011: 733).

Bucak (2005), bir sağlık kuruluşunda bekleme hattı modellerini uygulayarak haftanın bazı günlerinde yaşanan aşırı yoğunluğu ve uzun bekleme sürelerini azaltmaya çalışmış bunun için de ayaktan hasta muayene süreleri, yatan hasta tedavi süresi, ameliyat süresi gibi kriterleri kullanmıştır.

Bir diğerk çalışmalarında, Oğulata vd. (2009) radyasyon onkolojisi birimi için hasta çizelgeleme yaklaşımı önermişlerdir. Hastalığa bağlı olarak tedavi süresinin uzaması ve daha sonraki sıralarda bulunan hastaların alımının gecikmesini azaltmak için günlük kapasiteyi belirleyerek hasta sayısını karşılanabilir düzeye indirmeye çalışmışlardır. Aylak kapasiteye bağlı olarak tedavisi ertelenen hastalar için bazı hastalıkları belirleyerek bu konuda başvuran hastaları başka hastanelere yollamış bu sayede kuyrukta bekleme süresini de azaltmıştır(Ak ve Çayırılı,2011: 733).

Gürcan ve olak (2011), acil servis ünitesini stokastik hizmet sistemine uyarlanmış ve hasta yoğunluğunu incelenmiştir. Ayrıca Türkiye’de, Güner tarafından 1986 yılında yapılan çalışmadan bu yana, bekleme hattı modellemeleriyle ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır (Tekin,2015:489).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, alan araştırması ve araştırmanın bulguları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın önemi, kapsam ve sınırlılıkları ve yöntemi bu bölümde ele alınmaktadır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma verilerin anket yoluyla toplandığı, tanımlayıcı nitelikte gözlemsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir ilinde yer alan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma ayakta tedavi gören hastaları kapsamaktadır bu sebeple poliklinik ayırımı yapılmadan hastane genelinde uygulanmıştır. Çocuk hastanesine başvuran hastalar yaş sınırı gereği çalışma dışı tutulmuştur, bu sebeple hastane bünyesinde yer alan çocuk hastanesi bölümü çalışmaya dahil değildir.

Araştırmanın gerçekleştirilme aralığı Ağustos 2016 – Haziran 2018 tarihleridir. Bu süre aralığında çalışmanın nasıl gerçekleştirildiği araştırma takvimi kısmında yer alan izlem şemasında detaylı olarak belirtilmiştir.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni İzmir ilinde bulunan ve III. Basamak Sağlık Hizmeti Kuruluşu olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesidir. Çalışma İzmir'de yer alan ve randevu hizmeti sunan tüm sağlık hizmeti kuruluşlarını kapsayacak şekilde planlanmış ancak, zaman ve finansman kısıtı sebebiyle İzmir ili merkezindeki 1 üniversite hastanesi ile sınırlandırılmıştır.

Çalışmaya, randevu hizmetlerini kullanarak sağlık hizmetine başvuran müşteriler dâhil edilmiş ve 95 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hasta ve hasta yakınlarının hizmet aldıkları hastaneye hangi randevu sistemi (telefon-poliklinik sekreterliği-, internet) ile başvurdukları ayırımı yapılmamıştır. Hastaların ayaktan tedavi hizmeti veren polikliniklere başvurmuş olması yeterlidir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde ayakta tedavi görerek hizmet alan hastalar (hastaneden ayrılmadan hemen önce) ile yüz yüze görüşülerek daha önceden hazırlanmış olan anket formları doldurulmuştur. Anket çalışmasının 95 kişiyle sınırlandırılması kararı için, belirli tarihler arasında hastane web sitesinden duyurulan bir haftalık ayakta hasta randevu kontenjan sayısı hesaplanmış, toplamda 750 hastaya erişilebildiği görülerek %95 güvenle kaç kişilik hasta örneğinde çalışmak gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmaya 18 yaş altı hastalar veya ebeveynleri alınmamıştır.

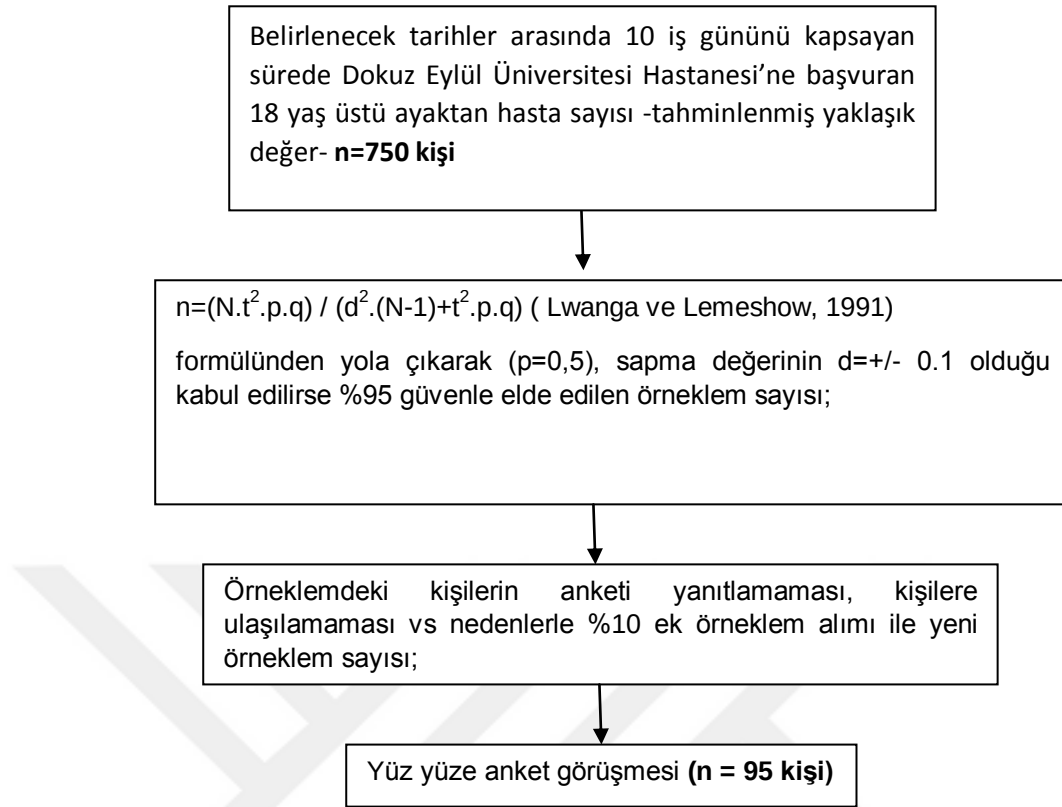
$$n = \frac{N \cdot t \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t \cdot p \cdot q} \text{ ifadesinden (Lwanga ve Lemeshow, 1991),}$$

$$n = \frac{750 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5)^2}{(0,1)^2 \cdot (750-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5)^2} = 85,23 = 86 \text{ hasta}$$

Örneklemden alınan kişilerin anketi yanıtlamaması, kişilere ulaşamaması vs nedenlerle %20 ek örneklem alımı ile bu sayı arttırılmış;

$$n \cdot \%10 = 86 \cdot \%10 = 8,6 = 9 \text{ kişi, } n + \%10 = 86 + 9 = 95 \text{ hasta olarak belirlenmiştir.}$$

Gerçekleştirilen güç analizi ile anketin 95 hastaya uygulanmasının yeterli olacağı görülmüştür.



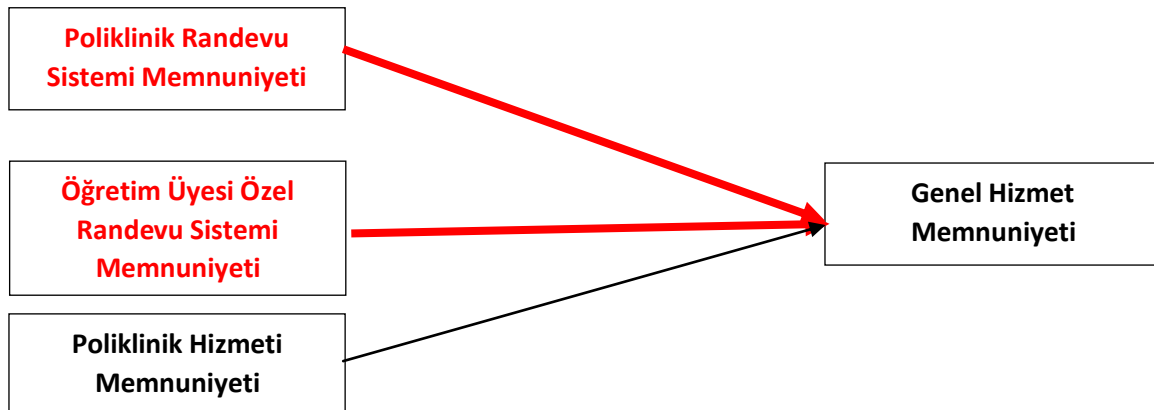
3.4. Çalışma Materyali

Çalışmada kullanılan materyal hastalara sunulan anket verileridir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma modeli araştırmada test edilmek istenenleri sistematik olarak görebilmek açısından önem taşır (Tüfekçi ve Asıgbulmuş,2016:79). Bu kapsamda araştırma modeli, araştırmanın amacına göre şekillendirilmiştir.

Şekil 23: Araştırma Modeli (Tekrar Gösterim)



Anket 4 bölümden oluşmaktadır ve araştırma modelini oluşturan bu bölümlerin arasındaki ilişki yukarıdaki şekilde yer almaktadır.

- Genel Hizmet Memnuniyeti
- Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti
- Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti
- Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti

Çalışmanın temel amacı randevu sistemlerinin hasta memnuniyetine (genel hizmet memnuniyeti) etkisinin ölçülmesidir. Ancak sadece randevu sistemleri ile sınırlı kalınmamış, muayene sürecinin belirtildiği poliklinik hizmeti memnuniyeti de anket yöntemi ile sorularak ölçülmeye çalışılmıştır.

Bu sebeple araştırmanın bağımlı değişkenini “Genel Müşteri Memnuniyeti” oluştururken bağımsız değişkenler üç farklı memnuniyet ölçümüdür. Bunlar;

- Poliklinik randevu sistemi memnuniyeti,
- Öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti,
- Poliklinik hizmeti memnuniyetidir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Alan araştırmasında, literatür incelemesi ışığında oluşturulan yapılandırılmış anket tekniği kullanılmıştır. Anket, katılımcıların yanıtları daha önceden belirlenerek seçenek olarak sunulmuş olan formdan kendilerine doğru geleni işaretledikleri bir veri toplama aracıdır (Clark ve Riley, 1999: 91; Aktaran: Çakır,2007,151). Anket tekniği, verilere kısa sürede ulaşmak ve sonuçları yorumlayabilmek için kullanılan en etkili ve en tercih edilen tekniklerden biridir (Tütüncü, 2001:84; Aktaran: Çakır,2007,151).

Araştırma içerisinde yer alan sorular, anketi yapabilecek herkesin rahatça anlayabileceği ve kolayca cevaplayabileceği basitlikte hazırlanmıştır. Anket en yüksek cevaplama oranına sahip olduğu ve doğru cevaplama oranını arttırdığı için yüz yüze cevaplandırılmış, olabilecek tüm yanlış anlamalar elimine edilmiş, cevaplanmamış soru kalmaması sağlanmıştır.

Veriler, Hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan, Parasuraman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen SERVQUAL analizi değerlendirilmesine dayanan bir anket ile toplanmıştır.

Anket, 31 soruyu kapsayacak ve 5 bölümden oluşacak şekilde düzenlenmiştir. Bunlar:

- Genel Hizmet kalitesi (12 soru),
- Poliklinik E-Randevu Sistemi (7 soru),
- Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi (4 soru),
- Poliklinik Bekleme / Hizmet Süreci (8 soru),
- Demografik Bilgilerdir. (yaş, meslek, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi)

İlk dört bölümde SERVQUAL ölçeğine göre hazırlanan sorular yer almaktadır. Son bölümde ise cevaplayıcıların özelliklerini belirlemeyi ve onları tanımayı amaçlayan sorular yer almaktadır. Ölçekte yer alan maddeler 5'li Likert ile ölçeklendirilmiş ve cevaplayıcılardan seçeneklere '1' = 'kesinlikle katılmıyorum' ve '5' = 'kesinlikle katılıyorum' aralığında cevap vermeleri istenecektir.

İlk bölümde Genel Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak 12 soru bulunmaktadır. Bu sorular Hizmet kalitesi bağımsız değişkenlerinin altında bulunan ifadelerden oluşmaktadır.

Araştırmaya konu olan Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesinde iki tür randevu sistemi bulunmaktadır. Bunlar poliklinik hizmetleri için telefon (poliklinik sekreterliği) / internetle randevu sistemi ve öğretim üyesi özel randevu sistemidir. Bu randevu sistemleri iki ayrı bölüm olarak incelenmeye karar verilmiş, ankette ikinci ve üçüncü bölümleri oluşturmuştur.

Hastane randevu sistemleri, randevuyu alıp hastaneye gelinmesiyle tamamlanan bir süreç değildir. Poliklinikte muayene için bekleme süresi, hizmet esnasında bekleme süresi, poliklinik hizmeti sonrası varsa başka birimlere gidişi (konsültasyon hizmetleri), kısacası hastaneye gelmeye sebep olan rahatsızlığın tanısının belirlenmesi, tedavinin başlaması ve hastanın hastaneden ayrılmasına kadar süren tüm süreci kapsamaktadır. Bu sebeple anketin dördüncü bölümünde hastaların aldıkları randevu ile polikliniğe gelip hizmet için bekledikleri ve hizmeti aldıkları süreç de değerlendirilmek istenmiştir.

Son bölümde ise Demografik Değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Literatür Tarama ve Tez Önerisi Hazırlama (Ağustos 2016 - Kasım 2016)



Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden Uygulama İzni Alınması
(Kasım 2016)



Etik kurul kararının alınması (Kasım 2016 – Aralık 2016)



Tez önerisinin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne teslim edilmesi (Aralık 2016)



Çalışma Bilgilerinin ve Verilerinin Toplanması (Ocak 2017- Mart 2017)



Bilgilerin ve Verilerin Analizi (Mart 2017- Mayıs 2017)



Tez Yazımı (Mayıs 2016 – Mayıs 2018)



Tez Sunumu (Temmuz 2018)

3.8. Verilerin değerlendirilmesi

Randevu sistemlerinin hasta memnuniyetine (genel hizmet memnuniyeti) etkisinin ölçülmesi amacıyla ileri sürülen hipotezler, verilerin değerlendirilmesi yoluyla test edilmiştir.

Anket formları aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0) programı ile analiz edilmiştir.

Frekans analizi anket katılımcılarının demografik dağılımını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Güvenilirlik analizi anket yoluyla toplanan verilerin, cevabı aranan sorulara doğru ve geçerli cevaplar verilme derecesinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik, tutarlılık ölçütüdür. Farklı uygulamalarda benzer sonuçlar almaktır yani sonuçların kararlı olması anlamına gelir. Ölçümün ne derece doğru olduğu ve sonuçların sürekliliği güvenilirliği oluşturur. Test tekrarlandığında aynı sonucu verebilmeli, testteki sorular tutarlı olmalı ve yeterli olmalıdır (Şencan,2005, Yıldırım ve Şimşek,2006; Aktaran: Çakmur,2012:340). Sosyal Bilimlerde kesin sonuçlara ulaşılması, ifade eksikliği, çevresel koşullar, kişisel tutumlar, araştırmacı-katılımcı iletişimi yöntemin güncel olma durumu gibi bazı etkenlerden dolayı mümkün olmamaktadır (Kumar,1999:138; Aktaran: Çakır,2007:158).

Geçerlilik analizi anket yoluyla toplanan verilerin ölçmeyi planladığımız özellikleri karşılama derecesinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Aşağıda farklı geçerlik tipleri ve bunların doğrulamasında kullanılan yöntemler yer almaktadır (Çakır,2017:158-160):

- Tahminsel geçerlik(predictive validity): Bir sorunun beklenen sonucu ne kadar doğru tahmin ettiği ile belirlenmektedir. Geçerliliği ölçme yollarından biri, alınan sonuçların genel yargı oluşturmada tahminlemeye verdiği desteğin derecesidir.

- Eş-zamanlı geçerlik (concurrent validity): Bir ölçme aracının geçerliğinin o ölçme aracının başka bilinen ve kabul edilmiş ölçümlerle karşılaştırarak belirlenmesidir.

- İçerik geçerliği (content validity): Soruların içerik olarak amacı karşılayıp karşılamadığıdır.

- Yapı geçerliği (construct validity): Ölçme aracının gerçekten teorik yapıyı ölçüp ölçmediğiyle alakalıdır. Faktör veya madde analizi ile bu geçerlilik ölçülebilir;

- a. Faktör analizi: Ölçme aracı sorularının kendi aralarında kümeleşmeleri tespit edilir.

- b. Madde analizi: Soruların bütünsel ilişkisini inceler.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin içerik geçerliliği önceden kullanıldığı için sağlanmaktadır, yapı geçerliliği için ise faktör analizinden faydalanılmıştır.

Korelasyon analizi, araştırmaya konu olan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin arasındaki doğrusal ilişkiyi test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılmıştır. Amaç bağımsız değişken değiştiğinde, bağımlı değişkenin ne yönde değişeceğini görülmektedir. İki sürekli değişkenin doğrusal ilişkisinin derecesini ölçerken Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılır. Korelasyon analizinin yanı sıra bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki önemlerini belirlemek amacıyla, regresyon analizi yapılmıştır.

Çalışmada ayrıca randevu sistemlerinin müşteri memnuniyeti ve sağlıkta kalite açısından öneminin hasta olarak başvuran kişilerin demografik özelliklerine göre algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan T-testi ve Spearman sıra korelasyonu ile sınanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde ayaktan tedavi görerek hizmet alan hastalar (hastaneden ayrılmadan hemen önce, 95 hasta) ile yüz yüze görüşülerek daha önceden hazırlanmış olan anket formlarının doldurulmuştur. Hastaların ayaktan tedavi hizmeti veren polikliniklere başvurmuş olması yeterli kriterdir, çalışmaya 18 yaş altı hastalar veya ebeveynleri alınmamıştır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın gerçekleştirilmesi amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. 29.12.2016 tarihli kararın numarası 2016/33-15'tir.

Ayrıca çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi bünyesinde gerçekleştirildiği için başhekimlik uygulama onayı alınmıştır. 03.11.2016 tarihli onayın sayısı 89859212-13249'dur.

4. BULGULAR

4.1. Frekans Analizleri

Araştırma anketine katılanların demografik dağılımları ve profili Tablo 7’de gösterilmiştir. Araştırmaya toplam 95 kişi katılmıştır.

Ankete katılan 95 kişinin 53’ü kadın, 42’si ise erkektir. Ankete katılanların 6’sı 18-25 yaş aralığında, 36’sı 26-35 yaş aralığında, 24’ü 36-45 yaş aralığında, 17’si 46-60 yaş aralığında ve 12’si 60 yaş üstüdür. Bu sonuçlara göre ankete katılan 95 kişiden 66 kişi (%69,5) 45 yaş altındadır. Bu da hastaneye başvuran hastaların genel olarak genç olduğunu göstermektedir.

Meslek dağılımında kamu sektörü çalışanı ve özel sektör çalışanı ayrımı nitelikli iş gücü (belli alanda uzmanlaşma) gerektirmeyen idari kadrolar ve işçi statüsü dikkate alınarak yapılmıştır. Uzmanlaşma gerektiren sağlık sektörü (doktor, hemşire, ebe vs.), öğretmenlik, mühendislik ve avukatlık gibi meslekler ayrı ayrı belirtilmiştir. Ankete katılanların 48’i kamu sektörü, 6’sı özel sektör, 5’i sağlık sektörü çalışanıdır, 5’i öğretmen, 2’si mühendis, 2’si avukat, 8’i ev hanımı, 13’ü emekli (sektör ayrımı olmadan) ve 6’sı öğrencidir. Ankete katılan 95 kişinin görüldüğü üzere çoğunluğunu kamu sektörü çalışanı oluşturmaktadır. Bu durumun nedeni üniversitede görev yapan kamu personelinin sağlık hizmeti almak için sıklıkla kendi üniversitelerinin hastanesine başvurmasıdır.

Aynı şekilde üniversite mezunu sayısının ve yoksulluk sınırında gelir seviyesi olan kişi sayısının yüksek çıkması da üniversite personelinin hastaneye başvurmasından kaynaklanmaktadır. Ankete katılanların 26’sı yükseköğretime devam etmemiş, 15’i yüksekokul, 41’i üniversite, 9’u yüksek lisans ve 4’ü doktora eğitimlerini tamamlamıştır. Asgari ücret alanlar ankete katılanların 11’i, açlık sınırı dahilinde gelir seviyesi olanlar 6’sı, yoksulluk sınırı dahilinde gelir seviyesi olanlar 65’i ve bu seviyeyi aşanlar 13’üdür.

Tablo 8: Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet - Kadın - Erkek Toplam	53 42 95	55,8 44,2 100,0
Yaş grubu 18-25 yaş 26-35 yaş 36-45 yaş 46-60 yaş 60 yaş üstü Toplam	6 36 24 17 12 95	6,3 37,9 25,3 17,9 12,6 100,0
Meslek - Kamu sektörü çalışanı - Özel sektör çalışanı - Sağlık sektörü çalışanı - Öğretmen - Mühendis - Avukat - Ev hanımı - Emekli - Öğrenci Toplam	48 6 5 5 2 2 8 13 6 95	50,5 6,3 5,3 5,3 2,1 2,1 8,4 13,7 6,3 100,0
Eğitim Durumu - İlköğretim - Lise - Yüksekokul - Üniversite - Yüksek lisans - Doktora Toplam	9 17 15 41 9 4 95	9,5 17,9 15,8 43,2 9,5 4,2 100,0
Gelir Dağılımı - Asgari ücret - Açlık sınırı - Yoksulluk sınırı - Yoksulluk sınırı üstü Toplam	11 6 65 13 95	11,6 6,3 68,4 13,7 100,0

4.2. Güvenilirlik ve Geçerlilik

İç uyum güvenirliğinin sınanması için en sık kullanılan yöntem, “Cronbach’ın Alfa Katsayısı” dır. Bu yöntem, ölçekte yer alan maddelerin homojenliğini test eder. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekteki n sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilmektedir.

Güvenilirlik analizinin temel varsayımları; her madde toplam skorun bir doğrusal bileşeni olmalıdır ve ölçekte toplanabilirlik özelliğinin bulunması yani maddeler arasında negatif korelasyon olmaması şeklindedir (Bayram,2009:193). Sorular arasında korelasyon negatif ise Cronbach alfa katsayısı da negatiftir. Bu sayının negatif çıkması güvenirlik modelinin bozulmasına neden olur. Diğer bir deyişle, kullanılan ölçeğin toplanabilirlik özelliğinin bozulduğunu ifade eder (Kalaycı, 2010: 405).

- $.00 \leq \alpha < .40$ ise ölçek güvenirli değildir,
- $.40 \leq \alpha < .60$ ise ölçeğin güvenirliği düşük,
- $.60 \leq \alpha < .80$ ise ölçek oldukça güvenirli,
- $.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenirli bir ölçektir.

Ankette yer alan tüm bölümlere öncelikle güvenirlik testi uygulanmıştır.

- **Genel Hizmet Memnuniyeti**
- **Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti**
- **Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti**
- **Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti** için analizler şu şekildedir;

Güvenilirlik testi sonucunda Genel Hizmet Memnuniyeti bölümünün genel Cronbach Alfa katsayısı ,870 ($p < 0,001$) bulunmuştur, yüksek derecede güvenirlidir.

Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti bölümü genel Cronbach Alfa katsayısı ,611 ($p < 0,001$) bulunmuştur, oldukça güvenirlidir.

Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi genel Cronbach Alfa katsayısı ,846 ($p < 0,001$) bulunmuştur, yüksek derecede güvenirlidir.

Sağlık Hizmeti Memnuniyeti bölümü genel Cronbach Alfa katsayısı ,746 ($p < 0,001$) bulunmuştur, oldukça güvenirlidir.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin içerik geçerliliği, daha önceden kullanılan ve kabul görmüş ölçekler olduğundan sağlanmıştır. Ancak, yapı geçerliliği faktör analizi ile sınanmıştır. Bu çalışma için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (örnekleme yeterliliği istatistiği) ve Bartlett's Test of Sphericity (Bartlett Küresellik Testi) sonuçları bulunur. Faktör analizi yapabilmenin ön şartı değişkenler arasında belli bir oranda korelasyon, ilişki bulunmasıdır. Bartlett Küresellik testi bize değişkenler arasında yeterli oranda ilişki olup olmadığını gösterir. Eğer Bartlett testinin p değeri 0.05 anlamlılık derecesinden düşük ise değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki vardır. Eğer testin sonucu anlamlı değilse değişkenler faktör analizi yapmaya uygun değildir. Benzer şekilde KMO Örnekleme Yeterliliği de değişkenler arası korelasyonların faktör analizine uygunluğunu test eder. KMO değeri 0 ile 1 arasında değişir ve KMO'nun 1 deperini alması değişkenlerin birbirini mükemmel bir şekilde, hatasız tahmin edebileceğini gösterir. KMO Örnekleme Yeterliliğinin kabul edilebilir en alt sınırı 0,50'dir. Genel kabul gören KMO değerleri ve yorumları şu şekildedir (Durmuş ve diğerleri, 2016: 79-80):

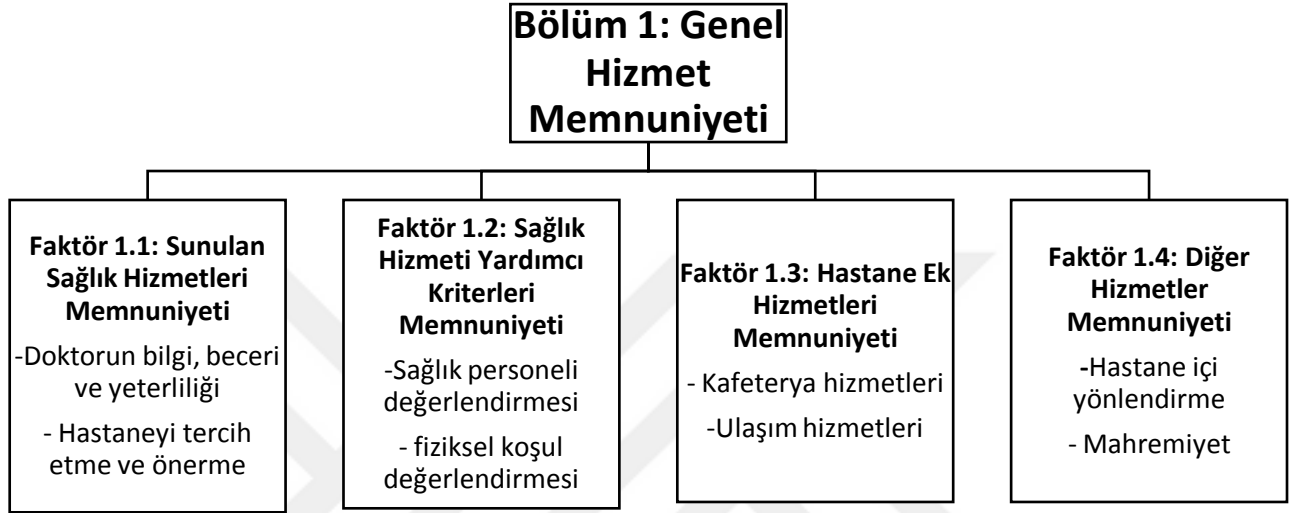
Tablo 9: KMO Değerleri ve Yorumları

KMO Değeri	Yorumu
0,80 ve yukarısı	Mükemmel
0,70 ve 0,80 arası	İyi
0,60 ve 0,70 arası	Orta
0,50 ve 0,60 arası	Kötü
0,50'den aşağısı	Kabul edilemez

Çalışmada randevu sistemlerinin müşteri memnuniyeti ve sağlıkta kalite açısından öneminin ölçümü 4 bölüme ayrılmıştır. Bunlar genel hizmet memnuniyeti ölçümü, randevu sistemi memnuniyeti ölçümü, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ölçümü ve sunulan sağlık hizmeti memnuniyeti ölçümüdür. Yapılan faktör analizleri ile bu kategoriler (öğretim üyesi özel randevu sistemi hariç) kendi içerisinde alt dallara ayrılmıştır.

Anketin ilk bölümünde sağlık hizmeti sunumunda genel Hizmet kalitesine verilen önem ölçülmek istenmiş; soruların sunulan sağlık hizmetine yönelik genel kanı (doktor değerlendirme, hastaneyi tercih etme ve önerme), sağlık hizmetinin yardımcı kriterlerine yönelik genel kanı (sağlık personeli değerlendirmesi, fiziksel koşullar), ek hizmetler (kafeterya hizmetleri, ulaşım hizmetleri) ve diğerleri (hastane içi yönlendirme ve mahremiyet)

değerlendirmeye yönelik olarak dört boyutta algılandığı fark edilmiştir. Hesaplamada p değeri 0,000 olduğundan değişkenin analiz yapmaya uygun olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri de (0,799), değişkenler arası korelasyonların faktör analizine uygunluğunu göstermiştir.



Şekil 24: Genel Hizmet Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Tablo 10: Genel Hizmet Memnuniyeti Faktör Analizi

GENEL HİZMET MEMNUNİYETİ	
Faktör 1.1: Sunulan Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Tanı / tedavi süresince doktor hastalığım konusunda beni yeterince bilgilendirdi,	,611
Tanı / tedavi süresince doktor bana karşı ilgili ve nazikti,	,766
Hastanede verilen hizmeti genel olarak memnun edici buldum,	,630
Bir daha hastaneye gelmem gerekirse bu hastaneyi tercih ederim,	,813
Bu hastaneyi başkalarına da öneririm.	,806
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,873
Faktör 1.2: Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Hastane (bekleme alanları, poliklinikler, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi,	,528
Tanı / tedavi süresince hemşire bana karşı nazikti,	,734
Hastane personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.	,754
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,567
Faktör 1.3: Hastane Ek Hizmetleri Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Kafeterya hizmetleri oldukça memnun ediciydi,	,722
Hastane ulaşım hizmetleri (otopark, toplu taşıma araçlarına yakınlık) memnun ediciydi.	,854
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,714
Faktör 1.4: Diğer Hizmetler Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Hizmet süresince kişisel mahremiyetime özen gösterildi,	,688
Hastane içerisinde ulaşmak istediğim birimlere yönlendiren işaret / tabelalarla yönümü kolaylıkla buldum.	,828
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,635

Beş alt değişkenden oluşan Faktör 1.1 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,873 ($p<0,001$) bulunmuştur, yüksek derecede güvenilirlikte.

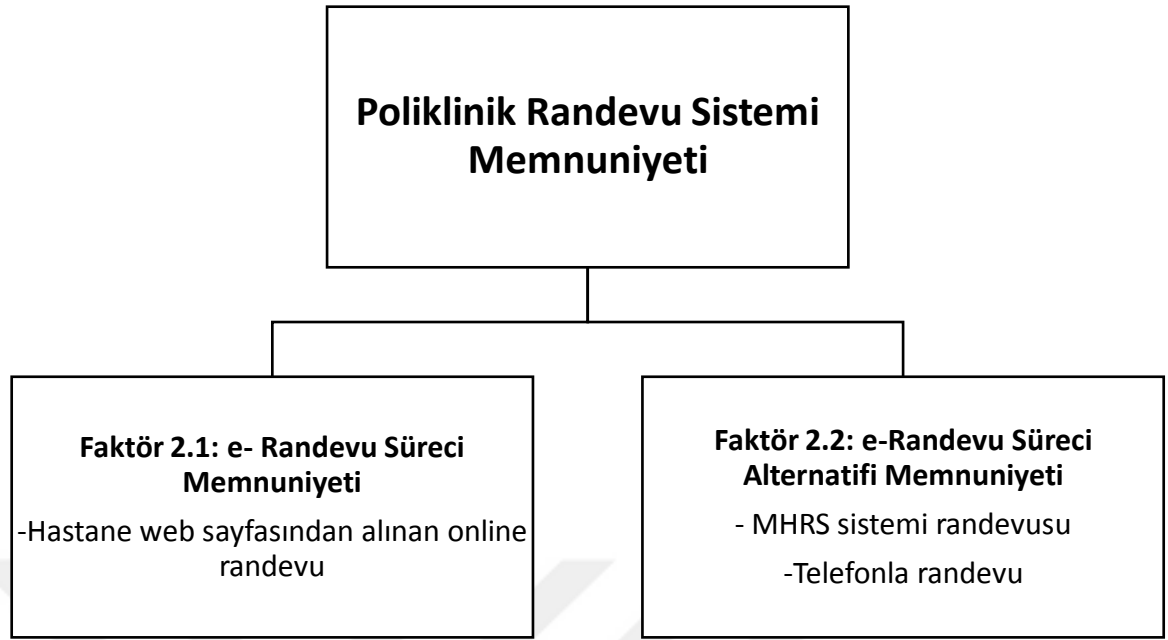
Üç alt değişkenden oluşan Faktör 1.2 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,567 ($p<0,001$) bulunmuştur, orta derecede güvenilirlikte.

İki alt değişkenden oluşan Faktör 1.3 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,714 ($p<0,001$) bulunmuştur, oldukça güvenilirlikte.

İki alt değişkenden oluşan Faktör 1.4 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,635 ($p<0,001$) bulunmuştur, oldukça güvenilirlikte.

İkinci bölüm poliklinik randevu sisteminin (e-randevu) değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Randevu sistemi memnuniyeti ölçülürken, hastaların sadece randevu alma süreci incelenmemiştir. Sağlık hizmetinden faydalanmak üzere randevu alınması süreci randevu memnuniyetini, sağlık merkezinde hizmet sırasının beklenmesi, hizmetin alımı da sağlık hizmeti memnuniyetini etkiler. Kısacası randevu alma, hizmeti bekleme, hizmet alma adımları randevu sisteminin basamaklarını oluşturur. Bu basamakları da kendi arasında incelemek gerekir. Bu bölüm de randevu sistemi memnuniyeti ölçülmek istenmiş, soruların üniversite hastanesinin web sayfası üzerinden sunmuş olduğu e-randevu sistemi sürecinin ve bu sürece alternatif olabilecek yeni bir randevu sürecinin (MHRS ya da poliklinik sekterini arayarak) değerlendirilmesine yönelik olarak iki boyutta algılandığı fark edilmiştir.

Hesaplama p değeri 0,000 olduğundan değişkenin analiz yapmaya uygun olduğu görülmüştür. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri (0,589), kabul edilebilir aralıktadır ve değişkenler arası korelasyonların faktör analizine uygunluğunu göstermiştir.



Şekil 25: Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Tablo 11: Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi

POLİKLİNİK RANDEVU SİSTEMİ MEMNUNİYETİ	
Faktör 2.1: e- Randevu Süreci Memnuniyeti	Faktör Yükleri
İnternet sitesinden randevu alma süreci açık ve anlaşılır şekildedir,	,936
İnternet sitesi bilgi ve yönlendirmelerle randevu almak istediğim branş, gün ve saati kolaylıkla bulmamı sağladı,	,926
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,727
Faktör 2.2: e-Randevu Süreci Alternatifi Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Randevuların telefonla da alınabilmesi gerekmektedir,	,790
Randevuların MHRS sistemi üzerinden de alınabilmesi gerekmektedir,	,822
Randevuların poliklinik sekreterleri aracılığı ile de alınabilmesi gerekmektedir.	,821
Randevu saatlerini 20:00 ile 23:00 arasında sınırlandırmaları randevu almamı zorlaştırmaktadır (b2.3t),	,657
Randevu tarihlerini 15 (onbeş) gün ile sınırlandırmaları randevu almamı zorlaştırmaktadır. (b2.4t),	,548
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,787

İki alt değişkenden oluşan Faktör 2.1 için yapılan güvenirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,727 (p<0,001) bulunmuştur, yüksek derecede güvenilirlikte.

Beş alt değişkenden oluşan Faktör 2.2 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,787 ($p<0,001$) bulunmuştur, oldukça güvenilirdir.

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde randevular hastanenin web sayfası üzerinden alınmakta, T.C. Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) veya telefon yoluyla randevu alımı yapılamamaktadır. Anketin üçüncü bölümünde üniversite hastanelerinde görev yapan öğretim üyelerinin özel randevu sistemi de ayrıca değerlendirilmiştir. Bu muayenelerin ücreti kişilerin bağlı bulunduğu sağlık sigortası tarafından karşılanmamakta, özel muayene ücreti ödenmektedir. Bu nedenle hastaların gelir seviyelerinin fazla el vermemesi ve diğer bazı nedenlerle öğretim üyelerinden muayene randevu sık alınmamaktadır. Anketi cevaplayan 95 kişiden 42 tanesi bu bölümü yanıtlarak değerlendirme yapılmasına olanak sağlamıştır.

Hesaplama p değeri 0,000 olduğundan değişkenin analiz yapmaya uygun olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri de (0,755), değişkenler arası korelasyonların faktör analizine uygunluğunu göstermiştir.

Tablo 12: Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi

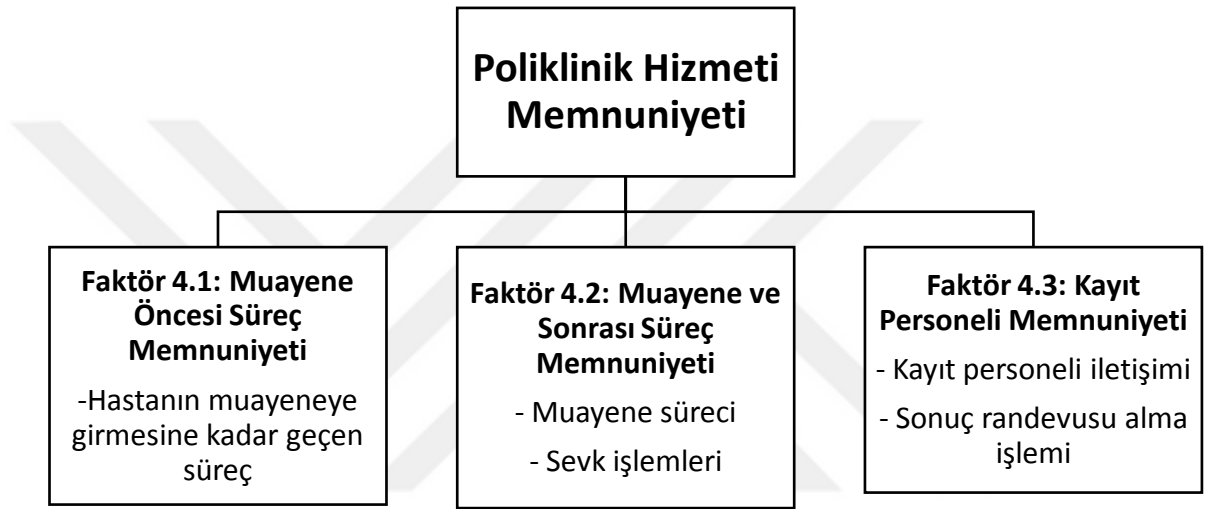
ÖĞRETİM ÜYESİ ÖZEL RANDEVU SİSTEMİ MEMNUNİYETİ	
Faktör 3: Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Çağrı merkezi personeli nazik ve ilgiliydi.	,869
Çağrı merkezi personeli muayene gün ve saatleri konusunda seçenekler sunarak kendi seçimimi yapmamı sağladı.	,850
Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.	,847
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,846

Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi faktör dağılımı olmadığı için güvenilirlik açısından genel olarak değerlendirilmiştir. Genel Cronbach Alfa katsayısı ,846 ($p<0,001$) bulunmuştur, yüksek derecede güvenilirdir.

Anketin dördüncü bölümünde sağlık hizmeti memnuniyeti ölçülmek istenmiş, soruların ayaktan tedavi sürecinin gerçekleştiği polikliniklerde hizmet sunumu (muayene) öncesi, hizmet sunumu ve sonrası (muayene anı ve sonrası) ile muayenenin yapılacağı yerdeki kayıt personeline dair izlenimlere yönelik olarak üç boyutta algılandığı fark edilmiştir.

Muayene anında gerçekleştirilen başka birime sevk veya muayene bulgularını destekleme amaçlı görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri için alınacak randevular, poliklinik hizmeti sırasında gerçekleştirilen basamaklar olduğundan bu kısımda değerlendirilmiştir.

Hesaplama da p değeri 0,000 olduğundan değişkenin analiz yapmaya uygun olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri de (0,662), değişkenler arası korelasyonların faktör analizine uygunluğunu göstermiştir.



Şekil 26: Poliklinik Hizmeti Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Tablo 13: Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti Faktör Analizi

POLİKLİNİK HİZMETİ MEMNUNİYETİ	
Faktör 4.1: Muayene Öncesi Süreç Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Kayıt /kabul işlemleri için çok beklemedim.	,919
Kayıt /kabul sırası için çok beklemedim.	,868
Doktorun tanı ve tedavisi için çok beklemedim.	,679
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,825
Faktör 4.2: Muayene ve Sonrası Süreç Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Yapılacak tetkik /tahliller için yakın bir tarihe randevu alabildim.	,878
Belirlenen muayene saati aralığında muayeneye çağırıldım.	,714
Yapılan tetkik /tahliller için çok beklemedim.	,628
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,667
Faktör 4.3: Kayıt Personeli Memnuniyeti	Faktör Yükleri
Sonuç gösterme randevusunu kayıt personelinde almak hastalara kolaylık sağlamaktadır	,849
Kayıt /kabul personeli nazik ve ilgiliydi.	,752
Cronbach Alfa katsayısı (p<0,001)	,560

Üç alt değişkenden oluşan Faktör 4.1 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,825 ($p<0,001$) bulunmuştur, yüksek derecede güvenilirlik.

Üç alt değişkenden oluşan Faktör 4.2 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,667 ($p<0,001$) bulunmuştur, oldukça güvenilirlik.

İki alt değişkenden oluşan Faktör 4.3 için yapılan güvenilirlik testinde Cronbach Alfa katsayısı ,560 ($p<0,001$) bulunmuştur, biraz düşük olmakla birlikte güvenilirlik.

4.3. Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki veya daha çok değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılır. Amaç bağımsız değişken değiştiğinde, bağımlı değişkenin ne yönde değişeceğinin görülmesidir. İki sürekli değişkenin doğrusal ilişkisinin derecesini ölçerken Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılır. Katsayı yorumu aşağıdaki gibidir (Kalaycı,2010:116);

Tablo 14: Pearson Korelasyon Katsayısı Yorumu

r değeri	İlişki
0,00-0,25	Çok zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok yüksek

Tablo 15: Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

Korelasyonlar	Ort.	Standart Sapma	Genel Hizmet kalitesi	Poliklinik Randevu sistemi	Poliklinik Hizmeti	Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi
Genel Hizmet kalitesi	3,4523	,65900	1			
Poliklinik Randevu sistemi	3,8794	,52136	,359**	1		
Poliklinik Hizmeti	5,9363	1,15165	,503**	,057	1	
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	3,4231	,93873	,676**	,447**	,472**	1
**. Korelasyon, 0.01 seviyesinde (2-kuyruklu) anlamlıdır.						

Yukarıdaki tablo incelendiğinde değişkenlerin birbirleri ile pozitif yönde ve güçlü ilişkileri olduğu görülmektedir. Genel Hizmet kalitesi memnuniyeti ile poliklinik randevu sistemi memnuniyeti arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0,0001$ ve $r =,359$). Buna göre randevu sistemlerine duyulan memnuniyet ile müşterilerin genel hizmet memnuniyeti arasında etki zayıftır. Genel Hizmet kalitesi memnuniyeti ile poliklinik hizmeti memnuniyeti arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0,0001$ ve $r =,503$). Buna göre randevu sistemlerinin müşterilerin genel hizmet memnuniyetine etkisi biraz daha fazladır. Genel Hizmet kalitesi memnuniyeti ile öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti arasında da pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0,0001$ ve $r =,676$). Buna göre randevu sistemlerinin müşterilerin genel hizmet memnuniyetine etkisi önceki kritere göre daha fazladır.

Özel öğretim üyesi randevu sistemi hastaların seçmiş oldukları öğretim üyelerinden randevu almak için hastane santralini aramaları ve randevuların telefon üzerinden gerçekleştirilmesi sistemidir. Genel Hizmet kalitesinin telefonla alınan bu randevularla arasında standart poliklinik muayenesi için alımandan çok daha yüksek bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Bunun nedeni hastaların randevu almak için iletişim metodu olarak telefon hizmetini internet hizmetine tercih etmeleridir.

Tablo 16: Genel Hizmet Memnuniyeti Alt Faktörler Korelasyon Analizi

Korelasyonlar	Ort.	Standart Sapma	Sunulan Sağlık Hizmeti	Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri	Hastane Ek Hizmetleri	Diğer Hizmetler
Sunulan Sağlık Hizmeti	3,4863	,76166	1			
Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri	3,2175	,70421	,570**	1		
Hastane Ek hizmetleri	3,2684	1,09838	,506**	,380**	1	
Diğer hizmetler	3,8368	,85191	,496**	,423**	,397**	1
**. Korelasyon, 0.01 seviyesinde (2-kuyruklu) anlamlıdır.						

Genel hizmet memnuniyeti alt faktörleri;

- Faktör 1.1: Sunulan Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti
- Faktör 1.2: Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri Memnuniyeti
- Faktör 1.3: Hastane Ek Hizmetleri Memnuniyeti
- Faktör 1.4: Diğer Hizmetler Memnuniyeti

Tablo 17: Genel Korelasyon Tablosu

Correlations	Mean	Std. Deviation	Sunulan Sağlık Hizmeti	Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri	Hastane Ek Hizmetleri	Diğer Hizmetler	E-randevu Süreci	E-randevu Alternatifi	Muayene Öncesi Süreç	Muayene ve Sonrası Süreci	Kayıt Personeli	Genel Hizmet Kalitesi	E-randevu Sistemi	Poliklinik Hizmeti
Sunulan Sağlık Hizmeti	3,4863	,76166	1											
Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri	3,2175	,70421	,570**	1										
Hastane Ek Hizmetleri	3,2684	1,09838	,506**	,380**	1									
Diğer Hizmetler	3,8368	,85191	,496**	,423**	,397**	1								
E-randevu Süreci	3,6079	,55021	,328**	,216**	,233**	,305**	1							
E-randevu Alternatifi	4,1509	,72570	,194	,097	,104	,390**	,323**	1						
Muayene Öncesi Süreç	3,1614	,93761	,524**	,347**	,223**	,142	,083	-,041	1					
Muayene ve Sonrası Süreci	2,6561	,90892	,337**	,358**	,138	,238**	,061	-,051	,393**	1				
Kayıt Personeli	3,6789	,85027	,579**	,328**	,438**	,415**	,027	,303**	,330**	,078	1			
Genel Hizmet Kalitesi	3,4523	,65900	,812**	,727**	,793**	,745**	,348**	,252**	,383**	,328**	,572**	1		
E-randevu Sistemi	3,8794	,52136	,308**	,181	,196	,432**	,752**	,866**	,015	-,004	,225**	,359**	1	
Poliklinik Hizmeti	5,9363	1,15165	,551**	,458**	,277**	,329**	,077	,023	,663**	,915**	,397**	,503**	,057	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Genel korelasyon tablosu incelendiğinde ilk bölüm olan genel hizmet memnuniyetinin kendisini oluşturan dört faktörden;

- Sunulan sağlık hizmetleri memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,812$),
- Sağlık hizmeti yardımcı kriterleri memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,727$),
- Hastane ek hizmetleri memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,793$),
- Diğer hizmetler memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,745$).

Buna göre, hastaların genel hizmet memnuniyetini en fazla etkileyen kriterlerin tedavi süresince doktorun bilgi becerisi, hastalara karşı tutum ve davranışından oluştuğu, böylelikle hastaların tekrardan aynı hastaneyi tercih etme kararı aldığı, bu hastaneyi başkalarına da tercih ettiği görülmüştür.

İkinci bölüm olan poliklinik randevu sistemi (e-randevu sistemi) memnuniyetinin kendisini oluşturan iki faktörden;

- Mevcut e-randevu sistemi süreci memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,752$),
- E-randevu sistemi alternatifi memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,866$),

Buna göre hastaların genel poliklinik randevu sistemi memnuniyetinin mevcut e-randevu sistemine alternatif olabilecek bir sistemle arttırılabileceği görülmüştür. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanede poliklinik randevusu sadece hastane web sayfası üzerinden alınmakta, MHRS sistemi ya da telefonla randevu alımı gerçekleşmemektedir. Ancak randevuların telefonla (ALO 182 ya da hastane santrali), MHRS sistemi ile ya da bizzat poliklinik sekreterliğine başvurularak alınması gibi alternatiflerin hizmete sunulması halinde yaşanacak memnuniyet çok daha yüksek olacaktır.

Dördüncü bölüm olan poliklinik sağlık hizmeti memnuniyetinin kendisini oluşturan üç faktörden;

- Muayene öncesi süreç memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0,0001$ ve $r =,663$),
- Muayene ve sonrası süreç memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü çok yüksek derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0,0001$ ve $r =,915$),
- Kayıt personeli memnuniyeti ile arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0,0001$ ve $r =,397$),

Buna göre hastaların genel poliklinik hizmeti memnuniyetini asıl etkileyen kriterlerin muayene sürecinin kendisi olduğu ancak bu süreç içerisinde yer alan “aynı gün yapılamayacak işlemler için yakın tarihe randevu alınabilmesi” kriterinin de oldukça etkili olduğu görülmüştür. Muayeneye belirlenen saatte başlanması, muayene sürecinde gerçekleştirilen tetkik ve tahliller için hastanın uzun süre bekletilmemesi memnuniyet için önem arz etmektedir. Öte yandan muayene başlayana kadar geçen süre de hastalar için önemlidir. Kayıt için girilen sırada uzun süre beklenmemesi, kayıt işleminin uzun sürmemesi ve hastanın tedavi için kısa sürede çağırılması genel poliklinik hizmeti memnuniyetini etkileyen diğer önemli kriterlerdir.

4.4. T- Testi ve SPEARMAN Korelasyon Analizi

Fark testlerinin yapılabilmesi için en azından aralık ölçeğinde ölçülmüş bir özelliğin ve bağımsız ayrık alt gruplardan oluşan sınıflı bir değişkenin olması gerekir. Sınıflı değişkenin iki alt gruptan oluşması durumunda bağımsız örnekler için T-Testi kullanılır. Örneğin cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği bu şekilde test edilir. Çünkü cinsiyet değişkeni “kadın” ve “erkek” olmak üzere iki alt gruptan oluşmaktadır. Sınıflı değişkenin ikiden fazla alt gruptan oluşması durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi yapılır. Örneğin eğitim

değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği bu şekilde test edilir. Çünkü eğitim değişkeni yedi alt gruptan oluşmuştur.

Öncelikle genel Hizmet kalitesi memnuniyeti, poliklinik randevu sistemi memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik hizmeti memnuniyetinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Buna göre test edilecek hipotezler şu şekildedir;

Tablo 18: Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (Hipotezler)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur. $H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur. $H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur. $H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur. $H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.

Tablo 19: Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (t-Testi Sonuçları)

İlişkisiz örneklem testi	Cinsiyet	Ort.	Std. sapma	Levene testi		t-testi						
				F değeri	Anlamlılık düzeyi	t-Değeri	fark	Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	Ort. fark	Sapma hatası	%95 güven aralığı	
Genel Hizmet kalitesi memnuniyeti	Kadın	3,3568	,65531	,749	,389	-1,600	93	,113	-,21606	,13502	-,48418	,05207
	Erkek	3,5728	,65141			-1,601	88,336	,113'	-,21606	,13493	-,48418	,05207
Öğretim üyesi özel randevu sistemi	Kadın	3,4653	,84336	3,291	,076	,483	50	,631	,13715	,28420	-,43368	,70799
	Erkek	3,3281	,115007			,429	22,477	,672	,13715	,32004	-,52575	,80005
Poliklinik hizmeti	Kadın	5,7327	1,04709	,583	,447	-1,924	93	,052	-,46042	,23438	-,92584	,00501
	Erkek	6,1931	1,23657			-1,927	80,371	,058	-,46042	,23894	-,93590	,01506
E randevu sistemi	Kadın	3,9347	,52511	,305	,582	1,165	93	,247	,12522	,10750	-,08825	,33870
	Erkek	3,8095	,51429			1,168	88,891	,246	,12522	,10724	-,08786	,33831

Analiz sonuçlarına göre kadın ve erkek katılımcıların ortalamaları arasında önemli bir fark görülmemektedir. Sig (2-tailed) sonucu da ($p=0,000$) grupların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. %95 güven aralığı içerisinde değerler 0,05'ten büyük çıkmıştır. Dolayısıyla hipotezler tablosundaki sıfır (null) hipotezleri kabul edilerek, alternatif hipotezler reddedilir.

Genel hizmet memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi, poliklinik hizmeti ve e-randevu sistemi memnuniyetlerinde cinsiyet farkının etkisi yoktur. Buna göre önerilen hipotezlerin durumu şu şekildedir;

Tablo 20:Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur.	KABUL
	$H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur.	KABUL
	$H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.	RED
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur.	KABUL
	$H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark yoktur.	KABUL
	$H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında fark vardır.	RED

İkinci olarak genel Hizmet kalitesi memnuniyeti, poliklinik randevu sistemi memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik hizmeti memnuniyetinin yaşa göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Buna göre test edilecek hipotezler şu şekildedir;

Tablo 21:Memnuniyet açısından Yaş Aralıklarının Karşılaştırılması (Hipotezler)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark yoktur. $H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark vardır.
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark yoktur. $H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark vardır.
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark yoktur. $H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark vardır.
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark yoktur. $H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark vardır.

Tablo 22: Memnuniyet açısından Yaş Aralıklarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)

Korelasyonlar			Genel Hizmet kalitesi	yaşınız?
Spearman's rho	Genel Hizmet kalitesi	Korelasyon Katsayısı	1,000	-,038
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,716
		Sayı	95	95
	yaşınız?	Korelasyon Katsayısı	-,038	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,716	.
		Sayı	95	95
Korelasyonlar			Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	yaşınız?
Spearman's rho	Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Korelasyon Katsayısı	1,000	,125
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,376
		Sayı	52	52
	yaşınız?	Korelasyon Katsayısı	,125	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,376	.
		Sayı	52	95
Korelasyonlar			Poliklinik Hizmeti	yaşınız?
Spearman's rho	Poliklinik Hizmeti	Korelasyon Katsayısı	1,000	-,086
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,405
		Sayı	95	95
	yaşınız?	Korelasyon Katsayısı	-,086	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,405	.
		Sayı	95	95
Korelasyonlar			E-randevu Sistemi	yaşınız?
Spearman's rho	E-randevu Sistemi	Korelasyon Katsayısı	1,000	,079
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,444
		Sayı	95	95
	yaşınız?	Korelasyon Katsayısı	,079	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,444	.
		Sayı	95	95

Analiz sonuçlarına göre yaş gruplarına dağılmış katılımcıların ortalamaları arasında önemli bir fark görülmemektedir. Sig sonucu da ($p=0,000$) grupların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. %95 güven aralığı içerisinde değerler 0,05'ten büyük çıkmıştır. Dolayısıyla hipotezler tablosundaki sıfır (null) hipotezleri kabul edilerek, alternatif hipotezler reddedilir.

Genel hizmet memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi, poliklinik hizmeti ve e-randevu sistemi memnuniyetlerinde yaşın etkisi yoktur. Buna göre önerilen hipotezlerin durumu şu şekildedir;

Tablo 23: Memnuniyet açısından Yaş Aralıkları Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark vardır.	RED
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından yaş aralıkları arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından yaş Aralıkları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından yaş Aralıkları arasında fark vardır.	RED

Üçüncü olarak genel Hizmet kalitesi memnuniyeti, poliklinik randevu sistemi memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik hizmeti memnuniyetinin mesleğe göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Buna göre test edilecek hipotezler şu şekildedir;

Tablo 24:Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (Hipotezler)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur. $H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur. $H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur. $H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur. $H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.

Tablo 25: Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (ANOVA)

ANOVA		Kareler Toplamı	df	Ort. Kare	F Değeri	Anlamlılık
Genel Hizmet Memnuniyeti	Gruplar Arası	3,143	8	,393	,897	,523
	Gruplar İçi	37,679	86	,438		
	Toplam	40,822	94			
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	Gruplar Arası	2,623	8	,328	1,230	,292
	Gruplar İçi	22,927	86	,267		
	Toplam	25,550	94			
Poliklinik Hizmet Memnuniyeti	Gruplar Arası	7,222	8	,903	,661	,724
	Gruplar İçi	117,451	86	1,366		
	Toplam	124,673	94			
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Gruplar Arası	5,048	5	1,010	1,164	,341
	Gruplar İçi	39,894	46	,867		
	Toplam	44,942	51			

Analiz sonuçlarına göre meslek gruplarına dağılmış katılımcıların ortalamaları arasında önemli bir fark görülmemektedir. Sig sonucu da ($p=0,000$) grupların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. %95 güven aralığı içerisinde değerler 0,05'ten büyük çıkmıştır. Dolayısıyla hipotezler tablosundaki sıfır (null) hipotezleri kabul edilerek, alternatif hipotezler reddedilir.

Genel hizmet memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi, poliklinik hizmeti ve e-randevu sistemi memnuniyetlerinde mesleğin etkisi yoktur.

Tablo 26:Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	<i>H1₀= Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur.</i>	KABUL
	<i>H1_a= Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.</i>	RED
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	<i>H2₀= Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur.</i>	KABUL
	<i>H2_a= Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.</i>	RED
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	<i>H3₀= Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur.</i>	KABUL
	<i>H3_a= Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.</i>	RED
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	<i>H4₀= Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark yoktur.</i>	KABUL
	<i>H4_a= Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından meslekler arasında fark vardır.</i>	RED

Dördüncü olarak genel Hizmet kalitesi memnuniyeti, poliklinik randevu sistemi memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik hizmeti memnuniyetinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Buna göre test edilecek hipotezler şu şekildedir;

Tablo 27:Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması(Hipotezler)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark yoktur. $H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından eğitim Durumları arasında fark vardır.
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark yoktur. $H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark vardır.
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark yoktur. $H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark vardır.
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından eğitim Durumları arasında fark yoktur. $H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark vardır.

Tablo 28: Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)

Korelasyonlar			Genel Hizmet kalitesi	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	Genel Hizmet kalitesi	Korelasyon Katsayısı	1,000	,122
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,240
		Sayı	95	95
	Eğitiminiz nedir?	Korelasyon Katsayısı	,122	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,240	.
		Sayı	95	95
Korelasyonlar			Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Korelasyon Katsayısı	1,000	,058
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,681
		Sayı	52	52
	Eğitiminiz nedir?	Korelasyon Katsayısı	,058	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,681	.
		Sayı	52	95
Korelasyonlar			Poliklinik Hizmeti	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	Poliklinik Hizmeti	Korelasyon Katsayısı	1,000	,115
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,266
		Sayı	95	95
	Eğitiminiz nedir?	Korelasyon Katsayısı	,115	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,266	.
		Sayı	95	95
Korelasyonlar			E-randevu Sistemi	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	E-randevu Sistemi	Korelasyon Katsayısı	1,000	-,152
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,140
		Sayı	95	95
	Eğitiminiz nedir?	Korelasyon Katsayısı	-,152	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,140	.
		Sayı	95	95

Analiz sonuçlarına göre eğitim durumlarına göre gruplara dağılmış katılımcıların ortalamaları arasında önemli bir fark görülmemektedir. Sig sonucu da ($p=0,000$) grupların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. %95 güven aralığı içerisinde

değerler 0,05'ten büyük çıkmıştır. Dolayısıyla hipotezler tablosundaki sıfır (null) hipotezleri kabul edilerek, alternatif hipotezler reddedilir.

Genel hizmet memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi, poliklinik hizmeti ve e-randevu sistemi memnuniyetlerinde eğitim durumunun etkisi yoktur.

**Tablo 29:Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması
(Hipotezlerin değerlendirilmesi)**

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından eğitim Durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından eğitim Durumları arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark vardır.	RED
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından eğitim durumları arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından eğitim Durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından eğitim Durumları arasında fark vardır.	RED

Son olarak genel Hizmet kalitesi memnuniyeti, poliklinik randevu sistemi memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik hizmeti memnuniyetinin gelir durumuna göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Buna göre test edilecek hipotezler şu şekildedir;

Tablo 30:Memnuniyet açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması(Hipotezler)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark yoktur. $H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından gelir Durumları arasında fark vardır.
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark yoktur. $H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark vardır.
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark yoktur. $H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark vardır.
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark yoktur. $H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark vardır.

Tablo 31: Memnuniyet Açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)

Korelasyonlar			Genel Hizmet kalitesi	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	Genel Hizmet kalitesi	Korelasyon Katsayısı	1,000	,066
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,525
		Sayı	95	95
	Geliriniz nedir?	Korelasyon Katsayısı	,066	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,525	.
		Sayı	95	95
Korelasyonlar			Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Korelasyon Katsayısı	1,000	,187
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,184
		Sayı	52	52
	Geliriniz nedir?	Korelasyon Katsayısı	,187	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,184	.
		Sayı	52	95
Korelasyonlar			Poliklinik Hizmeti	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	Poliklinik Hizmeti	Korelasyon Katsayısı		
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	1,000	,041
		Sayı	.	,693
	Geliriniz nedir?	Korelasyon Katsayısı	95	95
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,041	1,000
		Sayı	,693	.
Korelasyonlar			E-randevu Sistemi	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	E-randevu Sistemi	Korelasyon Katsayısı	1,000	-,068
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	.	,511
		Sayı	95	95
	Geliriniz nedir?	Korelasyon Katsayısı	-,068	1,000
		Anlamlılık düzeyi (2 taraflı)	,511	.
		Sayı	95	95

Analiz sonuçlarına göre gelir durumlarına göre gruplara dağılmış katılımcıların ortalamaları arasında önemli bir fark görülmemektedir. Sig sonucu da (p=0,000) grupların

ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. %95 güven aralığı içerisinde değerler 0,05'ten büyük çıkmıştır. Dolayısıyla hipotezler tablosundaki sıfır (null) hipotezleri kabul edilerek, alternatif hipotezler reddedilir.

Genel hizmet memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi, poliklinik hizmeti ve e-randevu sistemi memnuniyetlerinde gelir durumunun etkisi yoktur.

Tablo 32:Memnuniyet açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması (Hipotezlerin değerlendirilmesi)

Genel Hizmet Kalitesi Memnuniyeti	$H1_0$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından gelir Durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H1_a$ = Genel Hizmet kalitesi Memnuniyeti açısından gelir Durumları arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H2_0$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H2_a$ = Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark vardır.	RED
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	$H3_0$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H3_a$ = Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti açısından gelir durumları arasında fark vardır.	RED
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	$H4_0$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından gelir Durumları arasında fark yoktur.	KABUL
	$H4_a$ = Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti açısından gelir Durumları arasında fark vardır.	RED

4.5. Regresyon analizi

Çalışmada bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki önemlerini belirlemek amacıyla, regresyon analizi yapılmıştır.

Genel hizmet memnuniyetinin öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti, poliklinik randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik sistemi memnuniyeti ile etkileşim içerisinde olduğu varsayımının test edildiği regresyon analizinde F değeri 27,728 ve p değeri

(sig.) 0,000 olduğundan genel hizmet memnuniyetini yukarıda bahsi geçen memnuniyetlerden en az biri ile tahmin etmek istatistiksel olarak mümkündür.

Tablo 33: Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arası Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Anlamlılık T
Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	,357	3,259	,002
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	,313	3,198	,002
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	,379	3,815	,000
SABİT		-,440	,662

Not: Çoklu R: ,796; R kare: ,634; düzeltilmiş R kare: ,611; F: 27,728; anlamlılık F: 0,000

Bağımsız değişkenlerden hangilerinin anlamlı olarak katkı sağladığını bulmak için inceleyeceğimiz yukarıdaki tabloda her bir değişkenin t istatistiği ve p değerlerine bakılacak olursa bütün bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni tahmin etmek için kullanılabileceğine karar verilir.

Eğer bağımsız değişkenlerden herhangi birinin p değeri 0,05'ten büyük olsaydı, bu değişken anlamlı bir katkı sağlamadığı için çıkarılacak ve analiz yeniden yapılacaktır.

Regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre, genel hizmet memnuniyetini en fazla etkileyen bağımsız değişken Poliklinik Hizmeti Memnuniyetidir ($p= 0,002$ ve $\beta=,379$). İkinci bağımsız değişken Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyetidir ($p= 0,002$ ve $\beta=,357$) ve son değişken Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyetidir ($p= 0,000$ ve $\beta=,313$).

Bu üç değişken genel hizmet memnuniyetini %63 oranında açıklamaktadır ($R^2=,634$).

Regresyon analizi daha sonra bağımsız değişkenleri oluşturan alt faktörler için de gerçekleştirilmiş ve şu sonuçlar ortaya çıkmıştır;

Tablo 34: Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişken Alt Faktörleri Arası Regresyon Analizi

Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	β	t	Anlamlılık T
E-randevu Süreci Memnuniyeti	,308	3,890	,000
E-randevu Alternatifi Memnuniyeti	,014	,166	,868
Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti	β	t	Anlamlılık T
Muayene Öncesi Süreç Memnuniyeti	,099	1,148	,254
Muayene ve Sonrası Süreci Memnuniyeti	,231	2,867	,005
Kayıt Personeli Memnuniyeti	,508	6,065	,000

Not: Çoklu R: ,717; R kare: ,515; düzeltilmiş R kare: ,487; F: 18,879; anlamlılık F: 0,000

Regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre, genel hizmet memnuniyetini en fazla etkileyen bağımsız değişken Poliklinik Sistemi Memnuniyeti için alt faktörlerden mevcut e-randevu sürecinin etkisi yüksektir ($p= 0,002$ ve $\beta=,308$).

İkinci bağımsız değişken Öğretim Üyesi Özel Randevu Sisteminin alt faktörleri olmadığı için analize sokulmamıştır.

En az etkileyen değişken olan Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti için alt faktörlerden kayıt personeli memnuniyetinin etkisi en yüksektir ($p= 0,002$ ve $\beta=,508$).



5. TARTIŞMA

Poliklinik randevu sistemi memnuniyeti, öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti ve poliklinik hizmeti memnuniyetinin genel hizmet memnuniyeti üzerinde etkisi olup olmadığının” ölçüldüğü analizlerde değişkenlerin birbirleri ile pozitif yönde ilişkileri olduğu görülmüştür.

Genel Hizmet kalitesi memnuniyeti ile poliklinik randevu sistemi memnuniyeti arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunduğu, buna göre randevu sistemlerine duyulan memnuniyet ile müşterilerin genel hizmet memnuniyeti arasında etkinin zayıf olduğu gözlemlenmiştir.

Genel Hizmet kalitesi memnuniyeti ile poliklinik hizmeti memnuniyeti arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunduğu, buna göre poliklinik hizmetlerinin müşterilerin genel hizmet memnuniyetine etkisi biraz daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Genel Hizmet kalitesi memnuniyeti ile öğretim üyesi özel randevu sistemi memnuniyeti arasında da pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunduğu, buna göre öğretim üyesi özel randevu sistemlerinin müşterilerin genel hizmet memnuniyetine etkisi önceki kritere göre daha fazladır.

Özel öğretim üyesi randevu sistemi hastaların seçmiş oldukları öğretim üyelerinden randevu almak için hastane santralini aramaları ve randevuların telefon üzerinden gerçekleştirilmesi sistemidir. Genel Hizmet kalitesinin telefonla alınan bu randevularla arasında standart poliklinik muayenesi için alınandan çok daha yüksek bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Bunun nedeni hastaların randevu almak için iletişim metodu olarak telefon hizmetini internet hizmetine tercih etmeleridir.

Sağlık hizmeti sunumunda genel Hizmet kalitesine verilen önemin ölçüldüğü ilk bölümde soruların, sunulan sağlık hizmetine yönelik genel kanı (doktor değerlendirme, hastaneyi tercih etme ve önerme), sağlık hizmetinin yardımcı kriterlerine yönelik genel kanı (sağlık personeli değerlendirmesi, fiziksel koşullar), ek hizmetler (kafeterya hizmetleri, ulaşım hizmetleri) ve diğerleri (hastane içi yönlendirme ve mahremiyet) değerlendirmeye yönelik olarak dört boyutta algılandığı fark edilmiştir.

İkinci bölümde poliklinik randevu sisteminin (e-randevu) değerlendirilmiş, randevu sistemi memnuniyeti ölçülürken, hastaların sadece randevu alma süreci incelenmemiştir. Sağlık

hizmetinden faydalanmak üzere randevu alınması süreci randevu memnuniyetini, sağlık merkezinde hizmet sırasının beklenmesi, hizmetin alımı da sağlık hizmeti memnuniyetini etkiler. Kısacası randevu alma, hizmeti bekleme, hizmet alma adımları randevu sisteminin basamaklarını oluşturur. Bu basamakları da kendi arasında incelemek gerekir. Bu bölüm de randevu sistemi memnuniyeti ölçülmek istenmiş, soruların üniversite hastanesinin web sayfası üzerinden sunmuş olduğu e-randevu sistemi sürecinin ve bu sürece alternatif olabilecek yeni bir randevu sürecinin (MHRS ya da poliklinik sekterini arayarak) değerlendirilmesine yönelik olarak iki boyutta algılandığı fark edilmiştir.

Üçüncü bölümde özel muayene randevu süreci incelenmiştir. Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde randevular hastanenin web sayfası üzerinden alınmakta, T.C. Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) veya telefon yoluyla randevu alımı yapılamamaktadır. Üniversite hastanelerinde görev yapan öğretim üyelerinin özel randevu sistemi ile gerçekleştirdikleri muayenelerin ücreti kişilerin bağlı bulunduğu sağlık sigortası tarafından karşılanmamakta, özel muayene ücreti ödenmektedir. Bu nedenle hastaların gelir seviyelerinin fazla el vermemesi ve diğer bazı nedenlerle öğretim üyelerinden muayene randevu sık alınmamaktadır. Anketi cevaplayan 95 kişiden 42 tanesi bu bölümü yanıtlarak değerlendirme yapılmasına olanak sağlamıştır. Yapılan değerlendirmede hastaların özel muayene randevusu alırken en çok randevu alımını gerçekleştiren çağrı personelinin ilgi ve tutumuna dikkat ettiği görülmüştür. Daha sonra sırasıyla muayene gün ve saati seçiminin esnek olması, muayene edecek doktoru hastanın seçmesi ve telefonla muayene randevusu almanın kolay olmasına önem gösterdikleri fark edilmiştir.

Son bölümde sağlık hizmeti memnuniyeti ölçülmek istenmiş, soruların ayaktan tedavi sürecinin gerçekleştiği polikliniklerde hizmet sunumu (muayene) öncesi, hizmet sunumu ve sonrası (muayene anı ve sonrası) ile muayenenin yapılacağı yerdeki kayıt personeline dair izlenimlere yönelik olarak üç boyutta algılandığı fark edilmiştir.

Muayene anında gerçekleştirilen başka birime sevk veya muayene bulgularını destekleme amaçlı görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri için alınacak randevular, poliklinik hizmeti sırasında gerçekleştirilen basamaklar olduğundan bu kısımda değerlendirilmiştir.

Korelasyon analizleri incelendiğinde ilk bölüm olan genel hizmet memnuniyetinin kendisini oluşturan dört faktörden sunulan sağlık hizmetinin en etkili faktör olduğu, daha sonra

sırası ile hastane ek hizmetleri, diğer hizmetler ve sağlık hizmeti yardımcı kriterleri ile etkileşim gösterdiği incelenmiştir.

Buna göre, hastaların genel hizmet memnuniyetini en fazla etkileyen kriterlerin tedavi süresince doktorun bilgi becerisi, hastalara karşı tutum ve davranışından oluştuğu, böylelikle hastaların tekrardan aynı hastaneyi tercih etme kararı aldığı, bu hastaneyi başkalarına da tercih ettiği görülmüştür.

İkinci bölüm olan poliklinik randevu sistemi (e-randevu sistemi) memnuniyetinin kendisini oluşturan iki faktörden e-randevu sistemi alternatifinin en etkili faktör olduğu, mevcut e-randevu sisteminin daha az etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Buna göre hastaların genel poliklinik randevu sistemi memnuniyetinin mevcut e-randevu sistemine alternatif olabilecek bir sistemle arttırılabileceği görülmüştür. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanede poliklinik randevusu sadece hastane web sayfası üzerinden alınmakta, MHRS sistemi ya da telefonla randevu alımı gerçekleşmemektedir. Ancak randevuların telefonla (ALO 182 ya da hastane santrali), MHRS sistemi ile ya da bizzat poliklinik sekreterliğine başvurularak alınması gibi alternatiflerin hizmete sunulması halinde yaşanacak memnuniyet çok daha yüksek olacaktır.

Dördüncü bölüm olan poliklinik sağlık hizmeti memnuniyetinin kendisini oluşturan üç faktörden muayene ve sonrası sürecin en etkili faktör olduğu, daha sonra sırası ile muayene öncesi süreç ve kayıt personeli iletişimi ile etkileşim gösterdiği görülmüştür.

Buna göre hastaların genel poliklinik hizmeti memnuniyetini asıl etkileyen kriterlerin muayene sürecinin kendisi olduğu ancak bu süreç içerisinde yer alan “aynı gün yapılamayacak işlemler için yakın tarihe randevu alınabilmesi” kriterinin de oldukça etkili olduğu görülmüştür. Muayeneye belirlenen saatte başlanması, muayene sürecinde gerçekleştirilen tetkik ve tahliller için hastanın uzun süre bekletilmemesi memnuniyet için önem arz etmektedir. Öte yandan muayene başlayana kadar geçen süre de hastalar için önemlidir. Kayıt için girilen sırada uzun süre beklenmemesi, kayıt işleminin uzun sürmemesi ve hastanın tedavi için kısa sürede çağırılması genel poliklinik hizmeti memnuniyetini etkileyen diğer önemli kriterlerdir.

Çalışmada randevu sistemlerinin müşteri memnuniyeti ve sağlıkta kalite açısından öneminin hasta olarak başvuran kişilerin demografik özelliklerine göre algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ölçmek için yapılan T-testi ve ANOVA testleri ile

cinsiyet, yaş, meslek seçimi, eğitim durumu ve gelir durumlarındaki farklılıkların hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür.

Bağımsız değişkenlerden hangilerinin anlamlı olarak katkı sağladığını bulmak için gerçekleştirilen regresyon analizinde her bir değişkenin t istatistiği ve p değerlerine bakılarak bütün bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni tahmin etmek için kullanılabileceğine karar verilmiştir.

Genel korelasyon analizi incelendiğinde, memnuniyet ölçümü için oluşturulmuş bölümlerin alt faktörlerinde tüm değişkenlerin birbirleri ile pozitif yönde ilişkileri olduğu görülmektedir.

Genel hizmet memnuniyetinin bölümlere gerçekleştirilen faktör analizi ile elde edilmiş alt faktörlerle arasındaki ilişki incelendiğinde önem sıralaması şu şekilde görülmüştür;

- Sunulan sağlık hizmeti memnuniyeti,
- Hastane ek hizmetleri memnuniyeti,
- Diğer hizmetlerden duyulan memnuniyet,
- Sağlık hizmeti yardımcı kriterleri memnuniyeti,
- Kayıt personeli hizmeti memnuniyeti,
- Muayene öncesi süreç memnuniyeti,
- E- randevu süreci memnuniyeti,
- Muayene ve sonrası süreç memnuniyeti,
- E- randevu alternatifi memnuniyetidir.

Analiz genel hizmet memnuniyetinde mevcut e-randevu sisteminin ve bu sisteme alternatif olarak geliştirebilecek başka bir hizmetin öncelikli önemi olmadığını göstermiştir.

Regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre, genel hizmet memnuniyetini en fazla etkileyen bağımsız değişkenin Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti olduğu, daha sonra sırasıyla Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti ve Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti değişkenlerinden etkilendiği görülmüştür. Bu üç değişken genel hizmet memnuniyetini %63 oranında açıklamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin temelini insan sağlığının oluşturması nedeniyle, hizmetin tek seferde sunulması gerekmektedir. Toplumların gelişmişlik düzeylerinin önemli göstergelerinden birisi de, hastanelerin sağlık hizmeti sunumunun kalitesi olarak değerlendirilmektedir.

İnsanlar, beklenti ve ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanmasını isterler. Bu durum sunulan hizmet kalitesi olmasını gerektirir. Hizmet kalitesinin ölçümünün zor olması ve insandan insana değişiklik göstermesi kalitenin değerlendirilmesi, iyileştirilmesi çalışmalarını zorlaştırmaktadır.

Müşteri hizmetten beklediğini alıyor ise o hizmet kalitelidir. Sağlık hizmetlerinde de diğer hizmetler gibi hizmeti talep eden kişilerin beklentilerini karşılanma oranı kalite derecesini gösterir. Rekabetin yoğun olarak yaşandığı sağlık sektöründe hasta beklentilerinin karşılanması ya da aşılması sağlık işletmelerinin performansını ve dolayısıyla kazancını destekler.

Sağlık işletmeleri yöneticileri, beklentileri doğru saptayarak sunulan hizmetin performansını arttırmaya yönelik uygulamalara ağırlık vermelidirler. Hasta beklentilerini karşılama ya da aşma biçiminde gerçekleştirilecek bir sağlık hizmeti, doğal olarak hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını yükseltecek ve bu durum sağlık işletmesinin genel performansı ve rekabet gücünü arttıracaktır. Uygulamada Hizmet kalitesindeki gelişmelerin, mevcut müşterinin bağlılığını arttırdığı, yeni müşteri kazandırdığı, hata önlemeye emek ve maliyetleri azalttığı dolayısıyla rekabet gücünü arttırdığı görülmektedir. Bu bakımdan hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır.

Sağlıkta Hizmetin algılanan kalitesi hastanın memnuniyeti ile açıklanır. Ancak hastanın kalite beklentisini tanımlamak kolay değildir. Hasta memnuniyeti ölçümünde temel nokta memnuniyeti etkileyen temel faktörleri belirleyebilmektir. Literatür taramasında bu faktörlerden sağlık hizmetine erişim için geçen süre konusunda - hastaların sağlık hizmetine erişme süreleri olan “endirekt bekleme” ile randevu aldıktan sonra klinik içerisindeki “direkt bekleme” sürelerinin de yer aldığı kısaca randevu sistemi olarak tanımlanabilecek süreç-konusunda yeterli araştırma olmadığı fark edilmiştir. Randevu sistemlerinin etkin ve verimli şekilde tasarlanmasının önemi bu noktada dikkat çekmiştir. Randevu sistemlerinin doğru tasarlanması sadece hasta bekleme sürelerini azaltmakla kalmayıp doktorların boş kalma ve fazla mesai yapma riskini de azaltmaktadır. Çalışmalar, etkin ve doğru tasarlanmış randevu sistemlerinin klinik performansını iyileştirdiğini kanıtlamaktadır.

İyi tasarlanan randevu sistemlerindeki ana amaç, poliklinik hasta akışını düzenleyerek bekleme sürelerini ve doktorların boş kalma ve fazla mesai riskini azaltmaktır. Bu sistemi günlük olarak düşünmeyip ileriki günlere verilecek randevuların da ayarlanması ile sağlık hizmetine erişim sürelerinin de belirlendiği unutulmamalıdır. Her açıdan, sağlıkta kalite ve verimliğe olan etkisi tartışılmazdır.

Bu çalışma genel hizmet memnuniyetinin poliklinik randevu sistemi ile ilişkisini gözle önüne sermiştir. Yapılan analizlerle poliklinik randevu sistemi memnuniyetinin genel hizmet memnuniyetine ciddi bir etkisi olmadığı asıl önemin randevu alınması süreci değil sağlık hizmeti sunumunun kendisi olduğu görülmüştür. Ancak poliklinik randevu sistemini oluşturan alt faktörlere bakıldığında mevcut e-randevu sistemine alternatif olabilecek bir sistemin memnuniyeti arttırmak için etkili bir yol olacağı görülmüştür. Kişilerin poliklinik randevusu alırken, iletişim kanalları arasından telefonu daha çok tercih etmeleri, telefonun internet kullanımına göre daha kolay, yaygın ve ulaşılabilir olması nedeniyle alternatif bir sistemin kurulmasının faydalı olacağını göstermektedir. Alternatif sistem ile randevu hizmeti sunulmasının kişilerin mevcut randevu sistemi (hastane web sayfasından randevu alma) sorunlarını çözme noktasında faydalı olacağı, internet erişimi olmayan, internet kullanma bilgisi bulunmayan ve özellikle gün içi muayene randevusunu poliklinik sekreterinden alabileceğini düşünerek çevre illerden gelip hizmet alamayan hastaların mağduriyetini çözecektir.

Hasta genel hizmet memnuniyet düzeyinin yüksek olması kaliteli bir hizmet sunmanın ve hastaların beklentilerinin ne ölçüde karşılandığının göstergesidir. Hastane genel hizmet memnuniyeti ve randevu sistemi memnuniyeti daha da artırmak amacıyla bu tür çalışmaların daha kapsamlı bir şekilde yapılması ve iyileştirici faaliyetlerin geliştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Ak, R., Çayırılı, T. Randevu Sistemlerinin Sağlıkta Kalite ve Verimlilik Açısından Önemi: Literatür ve Uygulamadan Örnekler. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, 2011.
2. Akdoğan, C., Kitapçı, O. Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: Servqual ve Servperf Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Temmuz, 2011.
3. Akgeyik, T. Hizmet Sektörlerinde Kalite Yönetimi. İktisat Fakültesi Mecmuası, 2004; 54(2), 77-115.
4. Altan, Ş., Atan, M. Bankacılık Sektöründe Toplam Hizmet kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçümü. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2004; 6(1), 1-16.
5. Apay, S. E., Arslan, S. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009; 8(3), 239-244.
6. Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6), 55-71.
7. Babes, M., & Sarma, G. V. Out-Patient Queues At The Ibn-Rochd Health Centre. Journal Of The Operational Research Society, 1991; 845-855.
8. Bailey, N. T. A Study Of Queues And Appointment Systems In Hospital Out-Patient Departments, With Special Reference To Waiting-Times. Journal Of The Royal Statistical Society. Series B (Methodological), 1952; 185-199.
9. Baysal, M. E., Sarucan, A., Oran E. Bir Tıp Fakültesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde Servqual Metodu Yardımıyla Sağlık Hizmeti Alan Müşterilerin Beklentilerinin Analizi. Selçuk Üniversitesi. Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi, 2012; 7(2): 38-46.
10. Bircan, H., Baycan, S. Sağlık Sektöründe Verimlilik Ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. CÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2004; 28(2): 173-185.
11. Bosch, P. M. V., Dietz, D. C. Minimizing Expected Waiting In A Medical Appointment System. Iie Transactions, 2000; 32(9): 841-848.
12. Brahimi, M., & Worthington, D. J. Queueing Models For Out-Patient Appointment Systems--A Case Study. Journal Of The Operational Research Society, 1991; 733-746.
13. Bulgan, U., Gürdal, G. Hizmet kalitesi Ölçülebilir Mi? 2005 <http://Kaynak.Unak.Org.Tr/Bildiri/Unak05/U05-22.Pdf>
14. Büber, R., Başer, H. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi, 2012; 4(1): 265-274.
15. Can, P. Hizmet kalitesinin Servqual Ölçeği İle Ölçülmesi: Uşak Üniversitesi Merkez Kütüphanesi Üzerine Bir Araştırma. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016; 6(1): 63-83
16. Cayirli, T., Veral, E. Outpatient Scheduling In Health Care: A Review Of Literature. Production And Operations Management, 2003; 12(4): 519-549.

17. Çakmur, H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012; 11(3).
18. Çavuş, M. F., Gemici, E. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. The Journal Of Academic Social Science, 2013; 1(1): 238-257.
19. Çetik, M. O., Oğulata, S. N. Hastane Hizmet Birimleri Arasında İş Akışının Ergonomik Açısından Düzenlenmesi.
[Http://Cayirova.Tsm.Saglik.Gov.Tr/2.Websitesi_Kokklasor/Yay%C4%B1nlar/Makaleler/7-M17.Pdf](http://Cayirova.Tsm.Saglik.Gov.Tr/2.Websitesi_Kokklasor/Yay%C4%B1nlar/Makaleler/7-M17.Pdf)
20. Çevik, O., Yazgan, A. E. Hizmet Üreten Bir Sistemin Bekleme Hattı (Kuyruk) Modeli İle Etkinliğinin Ölçülmesi, 2008.
<http://acikerisim.nigde.edu.tr:8080/xmlui/handle/11480/461>
21. Çiçek, E., Atılgan, K. Ö. Hizmet İşletmelerinde Çağrı Merkezi Ve Bekleme Hattı Uygulamalarına Tüketici Odaklı Bir Yaklaşım. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2012; (23): 81-102.
22. Çiçek, R., Doğan, İ. C. Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği, 2009.
[Http://libfdergi.Nigde.Edu.Tr/Article/View/5000066510/5000061934](http://libfdergi.Nigde.Edu.Tr/Article/View/5000066510/5000061934)
23. Demirel, Y., Yoldaş, M. A., Divanoğlu, S. U. Hizmetin algılanan kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı Ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Akademik Bakış Dergisi, 2009; 16(10).
24. Demirel, Ö., Bülbül, H. Kamu Ve Özel Hastanelerde Hizmet kalitesi, Hasta Tatmini Ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Amme İdaresi Dergisi, 2014; 47(2): 95-119.
25. Deveci, N. Sağlık İşletmelerinde Teknik Ve Algılanan Kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2006; 8(1): 120-149.
26. Deveci, N., Aksaraylı, M. Sağlık İşletmelerinde Hizmetin algılanan kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2003; 5(1): 38-54.
27. Dölek, M., Turaba, F., Akbınar, C., Sezgin, B., Aksu, H., Solak, İ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Biriminde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2005; 5(3): 122-127.
28. Durukan, M. B., İkiz, A. K. Denetim Kalitesi, Kalite Ve Hizmet kalitesine İlişkin Modeller: Kavramsal Çerçeve. Mali Çözüm Dergisi/Financial Analysis, 2007; 82: 35-62.
29. Eleren, A., Kılıç, B. Turizm Sektöründe SERVQUAL Analizi İle Hizmet kalitesinin Ölçülmesi Ve Bir Termal Otelde Uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, 2007; 9(1): 235-263.
30. Erdem, R., Rahman, S., Avcı L., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., Kubat, C. Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2008; (31): 95-110.
31. Erdem, Ş. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Temmuz 2007.

32. Eroğlu, E. Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli. İÜ İşletme Fakültesi İşletme Dergisi, 2005; 34(1): 7-25.
33. Erol, R., Oğulata, N. Periyodik Tedavi Birimlerinin Çizelgelenmesinde Aylak Kapasite Yaklaşımı. Endüstri Mühendisliği Dergisi, 1 (4): 2-10
34. Fedai, T., Demir, C., Teke K. Bir Diş Hastalıkları Ve Tedavisi Polikliniğinde Hekimlerin Zaman Kaybına Neden Olan Faktörler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2000; 5(1): 47-52.
35. Fetter, R. B., Thompson, J. D. Patients' Waiting Time And Doctors' Idle Time In The Outpatient Setting. Health Services Research, 1966; 1(1), 66-90.
36. Fomundam, S., Herrmann, J. W. (2007). A Survey Of Queuing Theory Applications In Healthcare.
37. Gunal, M. M., Pidd, M. Interconnected DES Models Of Emergency, Outpatient, And Inpatient Departments Of A Hospital. In Simulation Conference, 2007 Winter (Pp. 1461-1466). IEEE.
38. Gupta, D., Denton, B. Appointment Scheduling In Health Care: Challenges And Opportunities. IIE Transactions, 2008;40(9): 800-819.
39. Ho, C. J., Lau, H. S. Minimizing Total Cost In Scheduling Outpatient Appointments. Management Science, 1992; 38(12): 1750-1764.
[Http://Acikerisim.Aku.Edu.Tr/Handle/AKU/1316](http://Acikerisim.Aku.Edu.Tr/Handle/AKU/1316)
40. Hutzschenreuter, A. (2004). Waiting Patiently: An Analysis Of The Performance Aspects Of Outpatient Scheduling In Health Care Institutes. BMI Paper.
41. Karabulut, K., Yapraklı, Ş. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi-Erzurum'da Bir Uygulama. Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 2001; 15(1-2). 117-130.
42. Karahan, A., Gürpınar, K. Hastanelerde Kuyruk Ve Randevu Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Araştırma: Afyon Devlet Hastanesi Örneği. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2009; (17): 155-172.
43. Kavuncubaşı, Ş. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 1, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000.
44. Kirtland, A., Lockwood, J., Poisker, K., Stamp, L., Wolfe, P. Simulating An Emergency Department" Is As Much Fun As...". In Simulation Conference Proceedings, 1995. Winter (Pp. 1039-1042). IEEE.
45. Klassen, K. J., Rohleder, T. R. Scheduling Outpatient Appointments In A Dynamic Environment. Journal Of Operations Management, 1996; 14(2): 83-101.
46. Kolisch, R., Sickinger, S. Providing Radiology Health Care Services To Stochastic Demand Of Different Customer Classes. OR Spectrum, 2008; 30(2): 375-395.
47. Kopach, R., Delaurentis, P. C., Lawley, M., Muthuraman, K., Ozsen, L., Rardin, R., Willis, D. Effects Of Clinical Characteristics On Successful Open Access Scheduling. Health Care Management Science, 2007; 10(2): 111-124.
48. Kumar, A. P., Kapur, R. Discrete Simulation Application-Scheduling Staff For The Emergency Room. In Proceedings Of The 21st Conference On Winter Simulation, 1989, (Pp. 1112-1120). ACM.
49. Lindley, D. V. The Theory Of Queues With A Single Server. In Mathematical Proceedings Of The Cambridge Philosophical Society, Cambridge University Press, 1952; 48(2): 277-289.

50. Lwanga, S. K., Lemeshow, S., & World Health Organization. (1991). Sample size determination in health studies: a practical manual.
51. Merih, Y. D., Güngör, P., Kocabey, M. Y., Samatlı, A., Emuce, Ç., Eksan, H., Özdem, Ş. Sağlık Çalışanı Gözüyle Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi, 2015; 2(1), 62-73.
52. Oksay, A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?-What Actually Is Quality In Healthcare?. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016; 8(14): 181-192.
53. Özsoy, S. A., Özgür, G., Durmaz Akyol, A. Patient Expectation And Satisfaction With Nursing Care In Turkey: A Literature Review. International Nursing Review, 2007; 54(3): 249-255.
54. ÖZTÜRK, S. A. Hizmet Pazarlaması, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 2000.
55. Pala, K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? 2007.
https://www.researchgate.net/profile/Kayihan_Pala/publication/280230044_Turkiye_Icin_Nasil_Bir_Saglik_Reformu/links/55ae1bb308aee079921e6f53/Tuerkiye-Icin-Nasil-Bir-Saglik-Reformu.Pdf
56. Papatya, G., Papatya, N., Hamşioğlu, A. B. Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin algılanan kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2012; 2(1): 87-108.
57. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research. The Journal Of Marketing, 1985; 41-50.
58. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. Servqual: A Multiple-İtem Scale For Measuring Consumer Perc. Journal Of Retailing, 1988; 64(1): 12-40.
59. Rahman, S., Erdem, R., Devedbakan, N. Hizmet kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 9(3): 37-55.
60. Rahman, S., Erdem, R., Devedbakan, N. Hizmet kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 9(3): 37-55.
61. Rising, E. J., Baron, R., Averill, B. A Systems Analysis Of A University-Health-Service Outpatient Clinic. Operations Research, 1973; 1(5): 1030-1047.
62. Rising, E. J., Baron, R., Averill, B. A Systems Analysis Of A University-Health-Service Outpatient Clinic. Operations Research, 1973; 21(5): 1030-1047.
63. Saat, M. Kavramsal Hizmet Modeli Ve Hizmet kalitesini Ölçme Aracı Olarak SERVQUAL Analizi. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1999; 3 (99): 107-118.
64. Savaş, H., Kesmez, A. G. Hizmet kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2014; 17: 1-13.
65. Seth, N., Deshmukh, S. G., Vrat, P. Service Quality Models: A Review. International Journal Of Quality & Reliability Management, 2005; 22(9): 913-949.
66. Sevimli, S. Hizmet Sektöründe Kalite Ve Hizmet kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama. . Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2006.

67. Soriano, A. Comparison Of Two Scheduling Systems. Operations Research, 1966; 14(3): 388-397.
68. Söyler, H., Koç, A. Bir Kamu Hastanesi İçin Acil Servis Simülasyonu Ve Veri Zarflama Analizi İle Etkinlik Ölçümü. Aksaray Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2014; 6(2): 117-132.
69. Şantaş, F., Kurşun, A., Kar A. Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(1): 17-33.
70. Tanrıverdi, H., Erdem, Ş. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet kalitesi İle Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Ve Bir Uygulama. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2010; 14(1): 73-92.
71. Taş D. Sağlık Hizmet kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma, 2012.
[Http://Dergipark.Gov.Tr/Download/Article-File/303537](http://Dergipark.Gov.Tr/Download/Article-File/303537)
72. Taşlıyan, M., Gök S. Kamu Ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2012; 2(1): 69-94.
73. TEKİN, B. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Etkinliği: Bir Kamu Hastanesi Ve Özel Hastane Karşılaştırması. Journal Of The Institute Of Social Sciences Cankiri Karatekin University/Cankiri Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2015; 6(1), 483-506.
74. Tekin, B., Kuyruk Teorisi: Web Of Science İndeksinde Yayınlanan Akademik Makalelerin Bibliyometrik Haritası, 2016.
[Http://Jafas.Org/Articles/2016-2-3/2_Kuyruk_Teorisi_FULL_TEXT.Pdf](http://Jafas.Org/Articles/2016-2-3/2_Kuyruk_Teorisi_FULL_TEXT.Pdf)
75. Topal, F. E., Şenel, E., Topal, F., Mansuroğlu, C. Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. Cumhuriyet Medical Journal, 2013; 35(2): 199-205.
76. Tüfekci, N., Asıgbulmuş, H. The Factors That Effective İn The Choice Of Hospital And Patient Satisfaction: The Sample Of Isparta. Journal Of Current Researches On Health Sector, 2016; 6(2):70-92.
77. Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö. R., Üzgöl, A. Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004; 57(04), 205-214.
78. Tütüncü, Ö., Doğan, Ö. İ. Müşteri Tatmini Kapsamında Öğrenci Memnuniyetinin Ölçülmesi Ve Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2003; 5(4): 130-151.
79. Ünalın, D., Öztürk, A., Tolga, Y., Taşdelen, C., Yazlak, Z., Ögüt, E., Elmalı, F. Kayseri Devlet Hastanesinden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(8): 85-97.
80. Varinli, İ. Hizmet kalitesi, Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki: Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004; 1(17): 33-52.
81. Wang, I. M., Shieh, C. J. The Relationship Between Service Quality And Customer Satisfaction: The Example Of Cjcu Library. Journal Of Information And Optimization Sciences, 2006; 27(1): 193-209.

82. Worthington, D. Hospital Waiting List Management Models. Journal Of The Operational Research Society, 1991; 833-843.
83. Yazgan, M. Sağlık İşletmelerinde Hizmet kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan Ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2009.
84. Yıldız, M. S., Arslan, H. M. Bekleme Hattı Modeliyle Servis Sisteminin Analizi: Düzce Üniversitesi Merkez Yemekhanesi Örneği. Yönetim Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 2013; 11(21): 169-184.
85. Yurtsever, S. Hastanelerin Hizmet kalitesinin Hasta Tatmin Ölçeği İle Ölçülmesi: Karabük Devlet Hastanesinde Yatan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma The Measurement Service Quality Of The Hospitals By The Patient Scale: A Research On The Patients In Karabuk State Hosp. Business And Management Studies: An International Journal, 2013; 1(1): 100-126.
86. Yüce, Y. K., Sümen, E., Bozkurt, S., Aktaş, A., Zayim, N., Bilge, U. Kısa Mesaj İle Randevu Hatırlatma Sistemi. 3. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 81-86. <https://Turkmia.Org/Kongre2007/Cd/Pdf/42-47.Pdf>
87. Yüce, Y. K., Zayim, N., Saka, O. Kısa Mesaj Servisine Dayalı Randevu Hatırlatma Sistemi: Mimari Ve Prototip.
88. Zaim H. Tarım, M. Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 2010; (59): 1-24.
89. Zengin, E., Erdal, A. Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. Journal Of Qafqaz University, 2000; 3(1): 43-56.
90. Zerenler, M., Ögüt A. Sağlık Sektöründe Hizmetin algılanan kalitesive Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; (18): 501-519.
91. Koçak, İ. Y. S. Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma. Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2009; 2(2): 19.
92. Bucak, S. Bekleme Hattı Modelleri Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulama. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2005.
93. Dişçi, R. Sağlık Sistemlerinde Bekleme Hattı Modellerinin Kullanımı Ve Geliştirilen Simülasyon Modelinin Bir Polikliniğin Hasta Kabul Sistemine Uygulanması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1986.
94. Sezgin, A., Ada, E. İşletmeciler İçin Yöneylem Araştırması, Ankara, 1990.
95. Durmuş, B., Yurtkoru, E., Çinko, M. Sosyal Bilimlerde Spss'le Veri Analizi, 6. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, 2016.
96. Kalaycı, Ş. Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, 5. Baskı, Ankara, 2010.
97. Bakanlığı, T. S. Sağlıkta performans ve kalite yönergesi.
98. Fassauer, H., Hlubna-Daum, E., Gitt, H. A. Results of an analysis of waiting time at a maxillofacial surgery outpatient department of a university hospital. Stomatologie der DDR, 1979; 29(6): 460-468

8. EKLER

I. SPSS Tabloları

8.1. Dağılımlar

8.1.1. Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyetiniz nedir?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadın	53	55,8	55,8	55,8
	Erkek	42	44,2	44,2	100,0
	Total	95	100,0	100,0	

8.1.2. Yaş Dağılımı

Yaşınız?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25 yaş	6	6,3	6,3	6,3
	26-35 yaş	36	37,9	37,9	44,2
	36-45 yaş	24	25,3	25,3	69,5
	46-60 yaş	17	17,9	17,9	87,4
	60 ve üstü yaş	12	12,6	12,6	100,0
	Total	95	100,0	100,0	

8.1.3. Meslek Dağılımı

Mesleğiniz nedir?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kamu sektörü çalışanı	48	50,5	50,5	50,5
	Öğretmen	5	5,3	5,3	55,8
	Doktor	5	5,3	5,3	61,1
	Özel sektör çalışanı	6	6,3	6,3	67,4
	Mühendis	2	2,1	2,1	69,5
	Avukat	2	2,1	2,1	71,6
	Ev hanımı	8	8,4	8,4	80,0
	Emekli	13	13,7	13,7	93,7
	Öğrenci	6	6,3	6,3	100,0
	Total	95	100,0	100,0	

8.1.4. Eğitim Durumu Dağılımı

Eğitiminiz nedir?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	İlköğretim	9	9,5	9,5	9,5
	Lise	17	17,9	17,9	27,4
	Yüksekokul	15	15,8	15,8	43,2
	Üniversite	41	43,2	43,2	86,3
	Yüksek lisans	9	9,5	9,5	95,8
	Doktora	4	4,2	4,2	100,0
	Total	95	100,0	100,0	

8.1.5. Gelir Dağılımı

Geliriniz nedir?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Asgari ücret	11	11,6	11,6	11,6
	Açlık sınırı	6	6,3	6,3	17,9
	Yoksulluk sınırı	65	68,4	68,4	86,3
	Yoksulluk sınırı üzeri	13	13,7	13,7	100,0
	Total	95	100,0	100,0	

8.2. Güvenilirlik Analizleri

8.2.1. Genel Hizmet Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,870	12

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Hastane (poliklinikler, bekleme alanları, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi.	38,3684	52,937	,349	,875
Tanı / tedavi süresince doktor hastalığım konusunda beni yeterince bilgilendirdi	37,8316	51,120	,654	,854
Tanı / tedavi sürecince doktor bana karşı ilgili ve nazikti.	37,6947	52,321	,608	,857
Tanı / tedavi sürecince hemşire bana karşı ilgili ve nazikti.	37,8421	53,241	,514	,862
Hastane personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.	38,0211	52,872	,570	,859
Hizmet süresince kişisel mahremiyetime özen gösterildi.	37,2842	53,546	,553	,861
Hastane içerisinde ulaşmak istediğim birimlere yönlendiren işaret/tabelalarla yönümü kolaylıkla buldum.	37,6316	50,810	,482	,865
Kafeterya hizmetleri memnun ediciydi.	38,1158	48,678	,596	,857
Hastane ulaşım hizmetleri (otopark, toplu taşıma araçlarına yakınlık) memnun ediciydi.	37,9368	50,443	,457	,869
Hastanede verilen hizmeti genel olarak memnun edici buldum.	37,8105	49,985	,739	,849
Bir daha hastaneye gelmem gerekirse bu hastaneyi tercih ederim.	37,8211	49,808	,658	,853
Bu hastaneyi başkalarına da öneririm.	37,8842	49,635	,683	,851

8.2.2. Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,611	7

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
İnternet sitesinden randevu alma süreci açık ve anlaşılır şekildedir.	23,2632	11,345	,068	,657
İnternet sitesi bilgi ve yönlendirmelerle randevu almak istediğim branş, gün ve saati kolaylıkla bulmadı sağladı.	23,3158	11,282	,081	,653
Randevu saatlerini 20.00 ile 23.00 arasında sınırlandırmaları randevu almamı zorlaştırmaktadır.	23,2526	9,765	,286	,589
Randevu tarihlerini 15 (onbeş) gün ile sınırlandırmaları ileri tarihler için başka hastaneye başvurmama sebep olmaktadır.	23,2737	9,392	,371	,558
Randevuların telefonla da alınabilmesi gerekmektedir.	22,6421	9,594	,462	,532
Randevuların MHRS sistemi üzerinden de alınabilmesi gerekmektedir.	22,7263	9,477	,558	,510
Randevuların poliklinik sekreterleri aracılığıyla da alınabilmesi gerekmektedir.	22,8316	8,567	,577	,481

8.2.3. Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,846	4

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Telefonla randevu için çağrı merkezine kolaylıkla ulaştım.	10,6154	9,065	,578	,848
Çağrı merkezi personeli nazik ve ilgiliydi.	10,0577	8,644	,747	,784
Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.	10,0962	8,049	,716	,791
Çağrı merkezi personeli muayene gün ve saatleri konusunda seçenekler sunarak kendi seçimimi yapmamı sağladı.	10,3077	7,590	,714	,794

8.2.4. Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti Güvenilirlik Analizi

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,746	8

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Kayıt /kabul sırası için çok beklemedim.	21,6421	20,785	,594	,690
Kayıt /kabul personeli nazik ve ilgiliydi.	21,3579	24,062	,374	,732
Kayıt /kabul işlemleri için çok beklemedim.	21,7579	20,760	,606	,688
Belirlenen muayene saati aralığında muayeneye çağırıldım.	22,1895	22,517	,411	,726
Doktorun tanı ve tedavisi için çok beklemedim.	21,5474	21,463	,595	,693
Yapılan tetkik /tahliller için çok beklemedim.	21,8632	22,077	,444	,720
Yapılacak tetkik /tahliller için yakın bir tarihe randevu alabildim.	22,4105	22,372	,357	,739
Sonuç gösterme randevusunu kayıt personelinde almak hastalara kolaylık sağlamaktadır	20,9053	24,661	,197	,765

8.3. Faktör Analizleri

8.3.1. Genel Hizmet Memnuniyeti Faktör Analizi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,799
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	508,739
	df	66
	Sig.	,000

Rotated Component Matrix ^a				
	Component			
	1	2	3	4
Bir daha hastaneye gelmem gerekirse bu hastaneyi tercih ederim.	,813			
Bu hastaneyi başkalarına da öneririm.	,806			
Tanı / tedavi sürecince doktor bana karşı ilgili ve nazikti.	,766			
Hastanede verilen hizmeti genel olarak memnun edici buldum.	,630			
Tanı / tedavi süresince doktor hastalığım konusunda beni yeterince bilgilendirdi	,611			
Hastane içerisinde ulaşmak istediğim birimlere yönlendiren işaret/tabelalarla yönümü kolaylıkla buldum.		,828		
Hizmet süresince kişisel mahremiyetime özen gösterildi.		,688		
Hastane personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.			,754	
Tanı / tedavi sürecince hemşire bana karşı ilgili ve nazikti.			,734	
Hastane (poliklinikler, bekleme alanları, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi.			,528	
Hastane ulaşım hizmetleri (otopark, toplu taşıma araçlarına yakınlık) memnun ediciydi.				,854
Kafeterya hizmetleri memnun ediciydi.				,722
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. ^a				
a. Rotation converged in 6 iterations.				

8.3.2. Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,589
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	316,388
	df	21
	Sig.	,000

Rotated Component Matrix ^a		
	Component	
	1	2
Randevuların MHRS sistemi üzerinden de alınabilmesi gerekmektedir.	,822	
Randevuların poliklinik sekreterleri aracılığıyla da alınabilmesi gerekmektedir.	,821	
Randevuların telefonla da alınabilmesi gerekmektedir.	,790	
Randevu tarihlerini 15 (onbeş) gün ile sınırlandırmaları ileri tarihler için başka hastaneye başvurmama sebep olmaktadır.	,657	
Randevu saatlerini 20.00 ile 23.00 arasında sınırlandırmaları randevu almamı zorlaştırmaktadır.	,548	
İnternet sitesinden randevu alma süreci açık ve anlaşılır şekildedir.		,936
İnternet sitesi bilgi ve yönlendirmelerle randevu almak istediğim branş, gün ve saati kolaylıkla bulmadı sağladı.		,926
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. ^a		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

8.3.3. Öğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti Faktör Analizi

Component Matrix ^a	
	Component
	1
Çağrı merkezi personeli nazik ve ilgiliydi.	,869
Çağrı merkezi personeli muayene gün ve saatleri konusunda seçenekler sunarak kendi seçimimi yapmamı sağladı.	,850
Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.	,847
Telefonla randevu için çağrı merkezine kolaylıkla ulaştım.	,753
Extraction Method: Principal Component Analysis.	
a. 1 components extracted.	

8.3.4. Poliklinik Hizmeti Memnuniyeti Faktör Analizi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,662
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	252,405
	df	28
	Sig.	,000

Rotated Component Matrix ^a			
	Component		
	1	2	3
Kayıt /kabul işlemleri için çok beklemedim.	,919		
Kayıt /kabul sırası için çok beklemedim.	,868		
Doktorun tanı ve tedavisi için çok beklemedim.	,679		
Yapılacak tetkik /tahliller için yakın bir tarihe randevu alabildim.		,878	
Belirlenen muayene saati aralığında muayeneye çağırıldım.		,714	
Yapılan tetkik /tahliller için çok beklemedim.		,628	
Sonuç gösterme randevusunu kayıt personelinde almak hastalara kolaylık sağlamaktadır			,849
Kayıt /kabul personeli nazik ve ilgiliydi.			,752
Extraction Method: Principal Component Analysis.			
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. ^a			
a. Rotation converged in 6 iterations.			

8.4. Korelasyon Analizleri

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
SunulanSağlıkHizmeti	3,4863	,76166	95
SağlıkHizmetiYardımcıKriterleri	3,2175	,70421	95
HastaneEkHizmetleri	3,2684	1,09838	95
DiğerHizmetler	3,8368	,85191	95
ErandevuSüreci	3,6079	,55021	95
ErandevuAlternatifi	4,1509	,72570	95
MuayeneÖncesiSüreç	3,1614	,93761	95
MuayeneveSonrasıSurec	2,6561	,90892	95
KayıtPersoneli	3,6789	,85027	95
GenelHizmetKalitesi	3,4523	,65900	95
ErandevuSistemi	3,8794	,52136	95
PoliklinikHizmeti	5,9363	1,15165	95

Correlations

		Sunulan Sağlık Hizmeti	Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri	Hastane Ek Hizmetleri	Diğer Hizmetler	E-randevu Süreci	E-randevu Alternatifi	Muayene Öncesi Süreç	Muayene ve Sonrası Surec	Kayıt Personeli	Genel Hizmet kalitesi	E-randevu Sistemi	Poliklinik Hizmeti
Sunulan Sağlık Hizmeti	Pearson Correlation	1	,570**	,506**	,496**	,328**	0,194	,524**	,337**	,579**	,812**	,308**	,551**
	Sig. (2-tailed)		0	0	0	0,001	0,059	0	0,001	0	0	0,002	0
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Sağlık Hizmeti Yardımcı Kriterleri	Pearson Correlation	,570**	1	,380**	,423**	,216*	0,097	,347**	,358**	,328**	,727**	0,181	,458**
	Sig. (2-tailed)	0		0	0	0,036	0,35	0,001	0	0,001	0	0,079	0
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Hastane Ek Hizmetleri	Pearson Correlation	,506**	,380**	1	,397**	,233*	0,104	,223*	0,138	,438**	,793**	0,196	,277**
	Sig. (2-tailed)	0	0		0	0,023	0,314	0,03	0,183	0	0	0,057	0,007
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Diğer Hizmetler	Pearson Correlation	,496**	,423**	,397**	1	,305**	,390**	0,142	,238*	,415**	,745**	,432**	,329**
	Sig. (2-tailed)	0	0	0		0,003	0	0,17	0,02	0	0	0	0,001
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95

E-randevu Süreci	Pearson Correlation	,328**	,216*	,233*	,305**	1	,323**	0,083	0,061	0,027	,348**	,752**	0,077
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,036	0,023	0,003		0,001	0,425	0,558	0,799	0,001	0	0,459
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
E-randevu Alternatifi	Pearson Correlation	0,194	0,097	0,104	,390**	,323**	1	-0,041	-0,051	,303**	,252*	,866**	0,023
	Sig. (2-tailed)	0,059	0,35	0,314	0	0,001		0,691	0,621	0,003	0,014	0	0,825
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Muayene Öncesi Süreç	Pearson Correlation	,524**	,347**	,223*	0,142	0,083	-0,041	1	,393**	,330**	,383**	0,015	,663**
	Sig. (2-tailed)	0	0,001	0,03	0,17	0,425	0,691		0	0,001	0	0,886	0
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Muayene ve Sonrası Süreci	Pearson Correlation	,337**	,358**	0,138	,238*	0,061	-0,051	,393**	1	0,078	,328**	-0,004	,915**
	Sig. (2-tailed)	0,001	0	0,183	0,02	0,558	0,621	0		0,451	0,001	0,972	0
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Kayıt Personeli	Pearson Correlation	,579**	,328**	,438**	,415**	0,027	,303**	,330**	0,078	1	,572**	,225*	,397**
	Sig. (2-tailed)	0	0,001	0	0	0,799	0,003	0,001	0,451		0	0,028	0
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Genel Hizmet kalitesi	Pearson Correlation	,812**	,727**	,793**	,745**	,348**	,252*	,383**	,328**	,572**	1	,359**	,503**

	Sig. (2-tailed)	0	0	0	0	0,001	0,014	0	0,001	0		0	0
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
E-randevu Sistemi	Pearson Correlation	,308**	0,181	0,196	,432**	,752**	,866**	0,015	-0,004	,225*	,359**	1	0,057
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,079	0,057	0	0	0	0,886	0,972	0,028	0		0,586
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Poliklinik Hizmeti	Pearson Correlation	,551**	,458**	,277**	,329**	0,077	0,023	,663**	,915**	,397**	,503**	0,057	1
	Sig. (2-tailed)	0	0	0,007	0,001	0,459	0,825	0	0	0	0	0,586	
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).													
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).													

8.5. T-Testi ve ANOVA Analizleri

8.5.1. Memnuniyet açısından Cinsiyetlerin Karşılaştırılması (t-Testi Sonuçları)

Group Statistics					
	cinsiyetiniz nedir?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Genel Hizmet Memnuniyeti	kadın	53	3,3568	,65531	,09001
	erkek	42	3,5728	,65141	,10051
Ogretim Uyesi Ozel Randevu Sistemi Memnuniyeti	kadın	36	3,4653	,84336	,14056
	erkek	16	3,3281	1,15007	,28752
Poliklinik Hizmet Memnuniyeti	kadın	53	5,7327	1,04709	,14383
	erkek	42	6,1931	1,23657	,19081
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	kadın	53	3,9347	,52511	,07213
	erkek	42	3,8095	,51429	,07936

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Genel Hizmet Memnuniyeti	Equal variances assumed	,749	,389	-1,600	93	,113	-,21606	,13502	-,48418	,05207
	Equal variances not assumed			-1,601	88,336	,113	-,21606	,13493	-,48418	,05207
Ogretim Uyesi Ozel Randevu Sistemi Memnuniyeti	Equal variances assumed	3,291	,076	,483	50	,631	,13715	,28420	-,43368	,70799
	Equal variances not assumed			,429	22,477	,672	,13715	,32004	-,52575	,80005
Poliklinik Hizmet Memnuniyeti	Equal variances assumed	,583	,447	-1,964	93	,052	-,46042	,23438	-,92584	,00501
	Equal variances not assumed			-1,927	80,371	,058	-,46042	,23894	-,93590	,01506
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	Equal variances assumed	,305	,582	1,165	93	,247	,12522	,10750	-,08825	,33870
	Equal variances not assumed			1,168	88,891	,246	,12522	,10724	-,08786	,33831

8.5.2. Memnuniyet açısından Yaş Aralıklarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)

Correlations			Genel Hizmet kalitesi	Yaşınız?
Spearman's rho	Genel Hizmet kalitesi	Correlation Coefficient	1,000	-,038
		Sig. (2-tailed)	.	,716
		N	95	95
	yaşınız?	Correlation Coefficient	-,038	1,000
		Sig. (2-tailed)	,716	.
		N	95	95

Correlations			Oğretim Uyesi Özel Randevu Sistemi	Yaşınız?
Spearman's rho	Oğretim Uyesi Özel Randevu Sistemi	Correlation Coefficient	1,000	,125
		Sig. (2-tailed)	.	,376
		N	52	52
	yaşınız?	Correlation Coefficient	,125	1,000
		Sig. (2-tailed)	,376	.
		N	52	95

Correlations			Poliklinik Hizmeti	Yaşınız?
Spearman's rho	Poliklinik Hizmeti	Correlation Coefficient	1,000	-,086
		Sig. (2-tailed)	.	,405
		N	95	95
	yaşınız?	Correlation Coefficient	-,086	1,000
		Sig. (2-tailed)	,405	.
		N	95	95

Correlations

			E Randevu Sistemi	Yaşınız?
Spearman's rho	E randevu Sistemi	Correlation Coefficient	1,000	,079
		Sig. (2-tailed)	.	,444
		N	95	95
	yaşınız?	Correlation Coefficient	,079	1,000
		Sig. (2-tailed)	,444	.
		N	95	95

8.5.3. Memnuniyet açısından Mesleklerin Karşılaştırılması (ANOVA)

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Genel Hizmet Memnuniyeti	,713	8	86	,679
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	1,253	8	86	,279
Poliklinik Hizmet Memnuniyeti	2,183	8	86	,036
Oğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi Memnuniyeti	1,811	5	46	,129

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Genel Hizmet Memnuniyeti	Between Groups	3,143	8	,393	,897	,523
	Within Groups	37,679	86	,438		
	Total	40,822	94			
Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	Between Groups	2,623	8	,328	1,230	,292
	Within Groups	22,927	86	,267		
	Total	25,550	94			
Poliklinik Hizmet Memnuniyeti	Between Groups	7,222	8	,903	,661	,724
	Within Groups	117,451	86	1,366		
	Total	124,673	94			

Oğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Between Groups	5,048	5	1,010	1,164	,341
	Within Groups	39,894	46	,867		
	Total	44,942	51			

**8.5.4. Memnuniyet açısından Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması
(Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)**

Correlations

			Genel Hizmet kalitesi	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	Genel Hizmet kalitesi	Correlation Coefficient	1,000	,122
		Sig. (2-tailed)	.	,240
		N	95	95
	Eğitiminiz nedir?	Correlation Coefficient	,122	1,000
		Sig. (2-tailed)	,240	.
		N	95	95

Correlations

			Oğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	Oğretim Üyesi Özel Randevu Sistemi	Correlation Coefficient	1,000	,058
		Sig. (2-tailed)	.	,681
		N	52	52
	Eğitiminiz nedir?	Correlation Coefficient	,058	1,000
		Sig. (2-tailed)	,681	.
		N	52	95

Correlations

			Poliklinik Hizmeti	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	Poliklinik Hizmeti	Correlation Coefficient	1,000	,115
		Sig. (2-tailed)	.	,266
		N	95	95
	Eğitiminiz nedir?	Correlation Coefficient	,115	1,000
		Sig. (2-tailed)	,266	.
		N	95	95

Correlations

			E Randevu Sistemi	Eğitiminiz nedir?
Spearman's rho	E randevu Sistemi	Correlation Coefficient	1,000	-,152
		Sig. (2-tailed)	.	,140
		N	95	95
	Eğitiminiz nedir?	Correlation Coefficient	-,152	1,000
		Sig. (2-tailed)	,140	.
		N	95	95

8.5.5. Memnuniyet açısından Gelir Durumlarının Karşılaştırılması (Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları)

Correlations

			Genel Hizmet kalitesi	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	Genel Hizmet kalitesi	Correlation Coefficient	1,000	,066
		Sig. (2-tailed)	.	,525
		N	95	95
	Geliriniz nedir?	Correlation Coefficient	,066	1,000
		Sig. (2-tailed)	,525	.
		N	95	95

Correlations

			Oğretim Uyesi Özel Randevu Sistemi	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	Oğretim Uyesi Özel Randevu Sistemi	Correlation Coefficient	1,000	,187
		Sig. (2-tailed)	.	,184
		N	52	52
	Geliriniz nedir?	Correlation Coefficient	,187	1,000
		Sig. (2-tailed)	,184	.
		N	52	95

Correlations

			Poliklinik Hizmeti	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	Poliklinik Hizmeti	Correlation Coefficient	1,000	,041
		Sig. (2-tailed)	.	,693
		N	95	95
	Geliriniz nedir?	Correlation Coefficient	,041	1,000
		Sig. (2-tailed)	,693	.
		N	95	95

Correlations

			E Randevu Sistemi	Geliriniz nedir?
Spearman's rho	E randevu Sistemi	Correlation Coefficient	1,000	-,068
		Sig. (2-tailed)	.	,511
		N	95	95
	Geliriniz nedir?	Correlation Coefficient	-,068	1,000
		Sig. (2-tailed)	,511	.
		N	95	95

8.6. Regresyon Analizleri

8.6.1. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arası Regresyon Analizi

Model Summary^b										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,796 ^a	,634	,611	,44947	,634	27,728	3	48	,000	1,991
a. Predictors: (Constant), OgretimUyesiOzelRandevuSistemi, ErandevuSistemi, PoliklinikHizmeti										
b. Dependent Variable: GenelHizmetKalitesi										

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,805	3	5,602	27,728	,000 ^b
	Residual	9,697	48	,202		
	Total	26,502	51			
a. Dependent Variable: GenelHizmetKalitesi						
b. Predictors: (Constant), OgretimUyesiOzelRandevuSistemi, ErandevuSistemi, PoliklinikHizmeti						

Coefficients ^a													
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	-,209	,475		-,440	,662	-1,164	,746					
	Poliklinik Randevu Sistemi Memnuniyeti	,394	,123	,313	3,198	,002	,146	,642	,532	,419	,279	,797	1,255
	Poliklinik Hizmet Memnuniyeti	,206	,054	,379	3,815	,000	,097	,314	,597	,482	,333	,773	1,293
	Ogretim Uyesi Ozel Randevu Sistemi Memnuniyeti	,274	,084	,357	3,259	,002	,105	,443	,676	,426	,285	,635	1,576
a. Dependent Variable: GenelHizmetKalitesi													

8.6.2. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişken Alt Faktörleri Arası Regresyon Analizi

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,717 ^a	,515	,487	,47180
a. Predictors: (Constant), KayıtPersoneli, ErandevuSüreci, MuayeneveSonrasıSurec, ErandevuAlternatifi, MuayeneÖncesiSüreç				
b. Dependent Variable: GenelHizmetKalitesi				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	21,011	5	4,202	18,879	,000 ^b
	Residual	19,811	89	,223		
	Total	40,822	94			
a. Dependent Variable: GenelHizmetKalitesi						
b. Predictors: (Constant), KayıtPersoneli, ErandevuSüreci, MuayeneveSonrasıSurec, ErandevuAlternatifi, MuayeneÖncesiSüreç						

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-,045	,425		-,105	,917		
	E-randevu Süreci	,369	,095	,308	3,890	,000	,871	1,148
	E-randevu Alternatifi	,013	,076	,014	,166	,868	,777	1,287
	Muayene Öncesi Süreç	,070	,061	,099	1,148	,254	,731	1,368
	Muayene ve Sonrası Surec	,167	,058	,231	2,867	,005	,841	1,189
	Kayıt Personeli	,394	,065	,508	6,065	,000	,776	1,288
a. Dependent Variable: GenelHizmetKalitesi								

8.7. Anket Formu

RANDEVU SİSTEMLERİNİN MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SAĞLIKTA KALİTE AÇISINDAN ÖNEMİ

Bu anketle, sağlık hizmetine erişim süresinin hasta memnuniyetine etkilerinin dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalite açısından önemine ilişkin veri elde edilmesi amaçlanmıştır.

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerinizi iletiriz.

Başhekimlik

1. BÖLÜM: GENEL HİZMET KALİTESİ

ÖLÇÜT		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastane (poliklinikler, bekleme alanları, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi.					
2	Tanı / tedavi süresince doktor hastalığım konusunda beni yeterince bilgilendirdi.					
3	Tanı / tedavi süresince doktor bana karşı ilgili ve nazikti.					
4	Tanı / tedavi süresince hemşire bana karşı ilgili ve nazikti.					
5	Hastane personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.					
6	Hizmet süresince kişisel mahremiyetime özen gösterildi.					
7	Hastane içerisinde ulaşmak istediğim birimlere yönlendiren işaret/tabelalarla yönümü kolaylıkla buldum.					
8	Kafeterya hizmetleri memnun ediciydi.					
9	Hastane ulaşım hizmetleri (otopark, toplu taşıma araçlarına yakınlık) memnun ediciydi.					
10	Hastanede verilen hizmeti genel olarak memnun edici buldum.					
11	Bir daha hastaneye gelmem gerekirse bu hastaneyi tercih ederim.					
12	Bu hastaneyi başkalarına da öneririm.					

2. BÖLÜM: POLİKLİNİK E-RANDEVU SİSTEMİ

Bilindiği üzere dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi poliklinik randevusu e-hastane.deu.edu.tr adresi üzerinden 20:00 ile 23:00 saatleri arasında (Cuma ve cumartesi hariç) yapılmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu sistemi (MHRS) veya hastane santrali aracılığıyla randevu alımı gerçekleştirilmemektedir.

ÖLÇÜT		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	İnternet sitesinden randevu alma süreci açık ve anlaşılır şeklildedir.					
2	İnternet sitesi bilgi ve yönlendirmelerle randevu almak istediğim branş, gün ve saati kolaylıkla bulmayı sağladı.					
3	Randevu saatlerini 20:00 ile 23:00 arasında sınırlandırmaları randevu almayı zorlaştırmaktadır.					
4	Randevu tarihlerini 15 (onbeş) gün ile sınırlandırmaları ileri tarihler için başka hastaneye başvurumama sebep olmaktadır.					
5	Randevuların telefonla da alınabilmesi gerekmektedir.					
6	Randevuların MHRS sistemi üzerinden de alınabilmesi gerekmektedir.					
7	Randevuların poliklinik sekreterleri aracılığıyla da alınabilmesi gerekmektedir.					

3. BÖLÜM: ÖĞRETİM ÜYESİ ÖZEL RANDEVU SİSTEMİ

Bu bölüm Öğretim Üyesinden muayene hizmeti alan hastalar için hazırlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Öğretim Üyesi özel randevu sistemi telefonla randevu hizmeti vermektedir.

ÖLÇÜT		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Telefonla randevu için çağrı merkezine kolaylıkla ulaştım.					
2	Çağrı merkezi personeli nazik ve ilgiliydi.					
3	Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.					
4	Çağrı merkezi personeli muayene gün ve saatleri konusunda seçenekler sunarak kendi seçimimi yapmamı sağladı.					

4. BÖLÜM: POLİKLİNİK BEKLEME / HİZMET SÜRECİ

Muayene randevusu alan hastalar poliklinik bekleme odalarında kayıt yaptırdıktan sonra randevu aldıkları saatte kabul edilmek üzere beklerler.

ÖLÇÜT		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Kayıt / kabul sırası için çok beklemedim.					
2	Kayıt / kabul personeli nazık ve ilgiliydi.					
3	Kayıt / kabul işlemleri için çok beklemedim.					
4	Belirlenen muayene saati aralığında muayeneye çağırıldım.					
5	Doktorun tanı ve tedavisi için çok beklemedim.					
6	Yapılan tetkik /tahliller için çok beklemedim. (Aynı gün içerisinde yapılacak kan/görüntüleme vs işlemleri)					
7	Yapılacak tetkik /tahliller için yakın bir tarihte randevu alabildim. (İleri tarihte yapılabilecek MR/Tomografi vs işlemleri)					
8	Sonuç gösterme randevusunu kayıt personelinde almak hastalara kolaylık sağlamaktadır.					

5. BÖLÜM: KATILIMCI BİLGİLERİ

YAŞINIZ		CİNSİYETİNİZ	Kadın ☐
MESLEĞİNİZ			Erkek ☐
EĞİTİMİNİZ		GELİRİNİZ	
Okuryazar ☐	Üniversite ☐	0-1.300 TL (Asgari ücret)	☐
İlköğretim ☐	Yüksek lisans ☐	1.300 – 1.386 TL (Açlık sınırı)	☐
Lise ☐	Doktora ☐	1.387-4.515 TL (Yoksulluk sınırı)	☐
Yüksekokul ☐		4.516 TL Üzeri	☐

Anket bitmiştir.

İlginiz ve paylaşımlarınız için teşekkür ederiz.

8.8. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzni

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	
Sayı : 89859212-000	 -13249	- 3. İsim/2016
Konu : Ceylan Merve BİNİCİ'nin Tez Çalışması		
Ceylan Merve BİNİCİ Yıldız Teknik Üniversitesi Kalite Yönetim Koordinatörlüğü Yıldız Kampüsü Beşiktaş/İSTANBUL 0554 612 90 49		
İlgili dilekçenizde bahsi geçen "Hastane Randevu Sistemlerinin Müşteri Memnuniyeti ve Sağlıkta Kalite Açısından Önemi" konulu yüksek lisans tez çalışmanız için, hastanemiz poliklinik hizmetlerine başvuran hastalarla yüz yüze anket yapma isteğiniz Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.		
Bilgilerinize rica ederim.		
 Prof. Dr. Erkan DEREBEK Başhekim		

8.9. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016.33-15	Tarih:29.12.2016			
Prof.Dr.Sabri EDEDEM'in sorumlusu olduğu "Randevu Sistemlerinin Müşteri Memnuniyeti ve Sağlıkta Kalite Açısından Önemi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Yesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydın ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bülge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Üzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

8.10. Özgeçmiş



CEYLAN MERVE BİNİCİ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	50008231852
Doğum Tarihi	17/06/1988
İletişim Adresi	Yıldız Teknik Üniversitesi Davutpaşa Kampüsü Rektörlük Binası Katı
Telefon	(212) 383 20 86 (554) 612 90 49
E-posta	ceylan.binici@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2006 - 11 Haziran 2010 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadolı/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
İŞLETME FAKÜLTESİ, İŞLETME BÖLÜMÜ
Diploma Numarası: B.30.2.DEL.0.28.00.01.572/2545

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ağustos 2016 - Şu Anda (1 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)
İDARİ PERSONEL, YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
İdari Görev: İDARİ PERSONEL

01 Aralık 2012 - 01 Mart 2014 (1 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
İDARİ PERSONEL, DİĞER (ULUSAL KLİNİK ARAŞTIRMA ALTYAPI AĞI UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ)- TUCRİN

01 Aralık 2010 - 01 Eylül 2012 (1 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)
İDARİ PERSONEL, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
İdari Görev: İDARİ PERSONEL

01 Ocak 2009 - 01 Eylül 2010 (1 yıl 9 ay) (Yarı Zamanlı)
ARGE PERSONEL, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ İŞLETME FAKÜLTESİ İKTİSAT
BÖLÜMÜ
İdari Görev: DİĞER

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

C. M. BİNİCİ, KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN ULUSAL BİR GİRİŞİM: ULUSAL KLİNİK ARAŞTIRMA ALTYAPI AĞI . Poster Sunumu, TÜRK FARMAKOLOJİ DERNEĞİ ULUSAL FARMAKOLOJİ KONGRESİ, 04 Kasım 2013, 04 Kasım 2013, 222 - 223.

Projeler

DİĞER, BURŞİYER, "THE DEVELOPMENT OF EUROPEAN ROAD AND RAIL INFRASTRUCTURES: A GEOGRAPHICAL INFORMATION SYSTEM FOR THE HISTORY OF EUROPEAN INTEGRATION? . Yürütülen Kuruluş: KURULUŞ GÜNCELLENMESİ GEREKİYOR, Destek Alınan Kuruluş: DİĞER (Yurt İçi) . 01 Ocak 2009, 08 Ekim 2010.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplamı 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplamı 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplamı 0