

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**BEKLEME SÜRELERİ VE HİZMET SÜRELERİNİN
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNDE ETKİSİ: GAZZE
ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zahra S. I. HANIYA

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Ağustos – 2020

Zahra S. I. HANIYA tarafından hazırlanan “Bekleme Süreleri Ve Hizmet Sürelerinin Hasta Memnuniyeti Üzerinde Etkisi: Gazze Örneği” başlıklı bu tez, 24/08/2020 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Cemal SEZER

Sakarya Üniversitesi

Prof.Dr. Mesut ÇİMEN

Acıbadem Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	:	Zahra S. I. HANIYA
Öğrenci Numarası	:	Y166047020
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Bekleme Sürelerinin ve Hizmet Sürelerinin Hasta Memnuniyeti Üzerinde Etkisi
Benzerlik Oranı	:	%11
İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,		
☒ Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. 08/09/2020 İmza		
☐ Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafıma yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim. /...../20..... İmza		
Uygundur		
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT Tarih: 08/09/2020 İmza:		
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:	Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	

ÖNSÖZ

Her şeyden önce, bana bu tezi tamamlama konusunda yardım ve yetenek veren Allah'a teşekkürler.

Bu tezde sunulan çalışma, Sakarya Üniversitesi sağlık yönetimi bölümünde Prof. Dr. Mahmut Akbolat'ın gözetiminde, gösterdiği sabır, destek ve sürekli tavsiyem için sonsuz teşekkür ve minnettarlıkla gerçekleştirilmiştir.

Anketi İngilizce'den Arapçaya çevirmeme yardım eden Dr. Ahmed Younis'a derin teşekkür ve minnettarlığımı ifade etmek istiyorum.

Bu çalışmayı tamamlamama yardımcı olan Filistin Sağlık Bakanlığı'na derin teşekkürlerimi iletmek isterim.

Ustalık sırasında bana öğretmenlik yapan tüm öğretmenlerime ve eğitim kariyerim boyunca beni destekleyen arkadaşlarıma derin teşekkür ve şükranlarımı sunuyorum.

Aileme özellikle annem, babam, kız ve erkek kardeşlerim ve kocamı sınırsız destek ve cesaretlendirmeleri için özellikle minnettarım, çünkü onlarsız bu işi tamamlayamazdım.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: HİZMET KALİTESİ	5
1.1. Hizmet Kalitesi Kavramı:	5
1.2. Hizmet Kalitesi Boyutları:	6
1.3. Sağlık Hizmet Kalitesi Kavramı	9
1.3.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Boyutları	11
1.4. Hizmet Kalitesinin Ölçümü.....	12
1.4.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli	12
1.4.2. Hizmet Kalitesi (SERVQUAL) Modeli	13
1.4.3. SERVPERF Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli	15
BÖLÜM 2: HASTA MEMNUNİYETİ	17
2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı:	17
2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi	19
2.3. Hasta Memnuniyeti Süreci:	20
2.4. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi	24
2.5. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler:	26
BÖLÜM 3: BEKLEME SÜRELERİ.....	30
3.1. Bekleme Süreleri Kavramı:	30
3.2. Sağlıkta Bekleme Süreleri.....	30
3.2.1. Bekleme Sürelerini Azaltma Stratejileri	33
BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	39
3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	39

3.2. Veri Toplama Aracı.....	40
3.3. Veri Toplama Süreci	41
3.4. Araştırmanın Kısıtları:	42
3.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	42
3.6. Araştırma Modeli ve Hipotezleri	48
BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUM.....	51
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	51
4.2. Tanımlayıcı İstatistiklere İlişkin Bulgular	52
4.3. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	55
4.3. Hasta Kalite Algısının Hasta Memnuniyetine Etkisini Gösteren Regresyon Analizleri.....	57
4.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Kalite Algısı, Muayeneye Özgü Memnuniyet ve Hasta Memnuniyetine İlişkin Farklılıklar.....	61
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKLAR	74
EKLER.....	88
ÖZGEÇMİŞ.....	100

KISALTMALAR

- DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi
KMO : Kaiser-Meyer-Olkin
OECD : Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
PSQ : Hasta Memnuniyeti Ölçeği
QPP : Hasta Perspektifinden Kalite
VSQ : Muayeneye Özgü Memnuniyet ölçeğine
WB : Dünya Bankası
WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Kuruluşlarına Göre Örneklem Büyüklüğü	40
Tablo 2: Hasta Perspektifinden Kalite Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	44
Tablo 3: Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	46
Tablo 4: Muayeneye Özgü Memnuniyet Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri .	47
Tablo 5: Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular	47
Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	52
Tablo 7: Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Özellikler	52
Tablo 8: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Bekleme Sürelerinin Dağılımı	53
Tablo 9: Katılımcıların Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre Tercihe Ettikleri Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı	54
Tablo 10: Katılımcıların Başvuru Sıklıklarına Göre Tercihe Ettikleri Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı	55
Tablo 11: Hasta Perspektifinden Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Muayeneye Özgü Memnuniyet Arasındaki İlişki	57
Tablo 12: Hasta Perspektifinden Kalitenin Muayeneye Özgü Memnuniyete Etkisi	58
Tablo 13: Hasta Perspektifinden Kalitenin Hasta Memnuniyetine Etkisi	59
Tablo 14: Hasta Perspektifinden Kalite ve Muayeneye Özgü Memnuniyetin Hasta Memnuniyetine Etkisi	60
Tablo 15: Hasta Perspektifinden Kalitenin Hasta Memnuniyetine Etkisinde Muayeneye Özgü Memnuniyetin Aracı Rolü.....	60
Tablo 16: Cinsiyete Göre Fark Analizi Sonuçları.....	61
Tablo 17: Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları.....	62
Tablo 18: Yaş Gruplarına Göre Fark Analizi Sonuçları	65
Tablo 19: Eğitim durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları.....	67

Tezin Başlığı: Bekleme Sürelerinin ve Hizmet Sürelerinin Hasta Memnuniyeti Üzerinde Etkisi	
Tezin Yazarı: Zahra HANIYA	Danışman: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Kabul Tarihi:	Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 125 (tez) + 4(ek)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarında kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu ve bekleme sürelerinin azaltılması bakımında önem arz etmektedir. Bu görüşe dayanarak, bu tezin amacı, polikliniklerden hizmet alan hastalara göre bekleme süresi ve hizmet süresinin kabul edilebilirliğinin aldıkları hizmetlerden memnuniyetleri üzerindeki etkisi olup olmadığını belirlemek ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta memnuniyeti, hasta perspektifinden kalite ve muayeneye özgü memnuniyette bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymaktır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Larsson ve Larsson (2002) tarafından literatüre dayanılarak geliştirilen "Hasta Bakış Açısından Kalite Algısı" ölçeği; Marshall ve Hays (1994) tarafından geliştirilen "Hasta Memnuniyeti Anketi Kısa Formunu" ve Rubin ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Ziyarete Özel Memnuniyet Anketi" kullanılmıştır. Çalışma, Filistin'de faaliyette bulunan yedi hastaneden hizmet alan 396 poliklinik hastası üzerinde gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde SPSS paket programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklemelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, hasta memnuniyeti, hasta perspektifinden kalite ve muayeneye özgü memnuniyet arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Hasta perspektifinden kalite, hasta memnuniyeti ve muayeneye özgü memnuniyet üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca, hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre hasta perspektifinden kalite algısında, cinsiyet bakımından yalnızca genel memnuniyet; yaş grupları ve eğitim durumuna göre birey odaklı yaklaşım bakımından farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre hasta memnuniyetinde, cinsiyete göre genel memnuniyet, yaş gruplarına göre hasta memnuniyetinin tamamı ve alt boyutlarından teknik kalite, finansal durum ve kişilerarası tutum bakımından; eğitim durumlarına göre finansal durum bakımından farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Hastanın sosyo-demografik özelliklerine muayeneye özgü memnuniyette cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu bakımından herhangi bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışmanın sonucuna göre, hasta memnuniyeti ve muayeneye özgü memnuniyet oluşturmada hasta perspektifinden kalite temel bir ölçü olarak kabul edilebilir. Bu nedenle, sağlık yöneticileri ve çalışanların hasta perspektifinden kalitenin nasıl algılandığına öncelik vermeleri önerilir. Ayrıca hastaların hastanelerden hizmet almada memnuniyetlerini etkileyen önemli faktörlerden biri bekleme süreleridir. Bu sebeple sağlık kuruluşları bekleme sürelerini olabildiğince kısaltmak için tedbirler almalıdır. Nihai olarak sağlık kurumları rekabet şartlarında devamlılık ve üstünlük sağlayabilmek için kalite ve memnuniyeti üst düzeyde tutmak için çalışmalar yapmalıdır.	
Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Bekleme Süresi, Hizmet süresi, Kalite Algısı.	

Title of Thesis: The Impact of Waiting Times and Service Times on Patient Satisfaction	
Author: Zahra HANIYA	Supervisor: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Date:	Np: viii (pre text)+125 (main body)+4 (App.)
Department: Health Management	Subfield: Health Management
Patient satisfaction is important in terms of providing a quality health service and reducing waiting times in health institutions. Regard to this view, the thesis is aimed to determine the impact of patients' waiting time and service time on their satisfaction in the outpatient clinic, and whether the socio-demographic characteristics of the participants make a difference in patient satisfaction, perceived quality, and visit-specific satisfaction. In this study, "Perception of Quality from Patient Perspective" scale, developed by Larsson BW., Larsson G. (2002), "Patient Satisfaction Questionnaire Short Form" prepared by Marshall and Hays (1994), and "Visit-Specific Satisfaction Survey" developed by Rubin et al. were used. The study was conducted on 396 patients receiving services from outpatient clinics in seven hospitals in Palestine. SPSS package program was used in the analysis of the data obtained. Descriptive statistical methods, correlation analysis, regression analysis, independent samples t-test, and one-way analysis of variance were used in the analysis of the data. Analyzes were carried out at a 95% confidence interval. According to the findings, there is a significant relationship between patient satisfaction, quality from the patient perspective, and satisfaction specific to the visit. Quality from Patient Perspective has a significant effect on patient satisfaction and visit-specific satisfaction. Furthermore, regarding the socio-demographic characteristics within the patient perspective of quality, according to gender variable, it is found a significant difference in the general satisfaction; and according to the age groups and level of education, it was found a difference in the identity-oriented approach. Regarding the socio-demographic characteristics in the patient satisfaction scale, according to the gender variable it is found significant differences in overall satisfaction, according to age groups there were significant differences in patient satisfaction and its sub-dimensions (technical quality, financial aspects, and interpersonal manner), according to educational status, it is found differences in financial aspects. There are no different socio-demographic characteristics of the patient in a visit-specific satisfaction survey. In the results of the study, quality from the patient perspective can be considered as a fundamental measure of creating patient satisfaction, and visit-specific satisfaction. Therefore, healthcare managers and staff should give priority to how quality is perceived from the patient's perspective. Also, waiting times are one of the important factors affecting patient satisfaction during receiving services from hospitals. So, health institutions should take measures to reduce waiting times as much as possible. Ultimately, health institutions should work to maintain quality and satisfaction at a high level to ensure continuity and superiority in competitive conditions.	
Keywords: Patient Satisfaction, Waiting Time, Service Time, Perceived Quality.	

GİRİŞ

Günümüzde dünya, çeşitli ekonomik, sosyal, kültürel ve politik alanları içeren teknolojik gelişmenin sürekli artmasıyla gün geçtikçe daha da karmaşık hale gelen birçok gelişmeye tanık olmaktadır. Hizmet sektörü, ekonomik kalkınmaya büyük katkısı olan önemli sektörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Günümüzde hizmet kurumları sayısının artması ve aralarındaki rekabetin yoğunlaşması gibi pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle bu sektör araştırmacıların daha fazla dikkatini çekmektedir. Araştırmacılar daha çok hizmet sunan örgütlerin piyasada kalmalarına ve yaşamlarını devam ettirmelerine yardımcı olacak rekabetçi bir avantaj elde etmek için neler yapılması gerektiğini araştırmaktadır. Bu amaçla kullanılabilecek enstrümanlardan biri hasta perspektifinden kalite ve memnuniyettir.

Sağlık sektörü, insan hayatını ilgilendiren herhangi bir ülkedeki en önemli hizmet sektörlerinden biridir. Bu nedenle bu sektörü kaliteli tıbbi hizmetler elde etmek için geliştirmek her ülkenin stratejik bir hedefi olarak görülmektedir. Benzer şekilde birçok kuruluş, memnuniyet sağlamanın hastalarla ilişkilerini devam ettirmek için güçlü bir gerekçe sağladığını bilmektedir. Ancak hastaların hizmet alma sürecinde çok sayıda alternatif hizmet sunan kurum ve farklı seçenekle karşılaşması, memnuniyet sağlamayı zor ve karmaşık bir hale getirmektedir.

Son yıllarda sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti kavramı ele alınmayı artmıştır. Buna ek olarak, hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi sağlık kalitesinin iyileştirilmesinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir ve şimdi sağlık bakım sonuçlarının önemli bir ölçüsü olarak görülmektedir. Yüksek düzeyde iyi hizmet elde etmek isteyen sağlık kurumları için hasta memnuniyetinin bir öncelik olduğu anlaşılmaktadır.

Bir sağlık kurumunun geçmişten günümüze en büyük sorunlarından biri bekleme süreleridir. Bekleme süreleri hasta memnuniyetini etkileyen faktörler olarak görülmektedir ve bu, sunulan hizmetin kalitesini etkiler.

Literatür incelendiğinde, hasta memnuniyetini ölçerken bekleme süresinin dikkate alınması gerektiği bulunmuştur. Bu nedenle, bu çalışma bekleme süresi ve hizmet süresinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi incelenmektedir.

Çalışmanın birinci bölümünde ilk olarak hizmet kalitesi kavramı tanımlanmış ve hizmet kalitesi boyutlarını açıklanmaktadır. Daha sonra sağlık hizmet kalitesi kavramı ve sağlık hizmet kalitesi temel boyutları tartışılmaktadır. Son olarak hizmet kalitesinin ölçülmesine yer verilmektedir. İkinci bölümünde hasta memnuniyeti konusu tartışılmaktadır. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin önemli bir boyutudur. Bu nedenle, bu konuya, hasta memnuniyeti araştırmacıları, sağlık hizmeti yöneticileri, sağlık personeli tarafından özen gösterilmektedir. Müşteri memnuniyetini artıran veya azalan faktörleri anlamak, hizmet sunumunu geliştirme çabalarını yönlendirileceğinden, sağlık kurumlarının yönetimine yardımcı olabilir. Üçüncü bölümünde bekleme süreleri kavramı, sağlıkta bekleme süreleri ve bekleme sürelerini azaltma stratejileri açıklanmaktadır. Dördüncü bölümde araştırma yöntemine ilişkin bilgiler, evren ve örneklem, veri toplama aracı, veri toplama süreci, ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, araştırma kısıtları, araştırma modeli ve hipotezleri verilmektedir. Beşinci bölümünde ise çalışmadan elde edilen bulgular sunulmaktadır. Öncelikle katılımcıların sosya demografik özellikleri ve hizmet kullanımına ilişkin bulgular daha sonra hipotez testlerinin sonuçları verilmektedir. Çalışma bulguları tartışıldıktan literatür ve uygulama alanlarına ilişkin önerilerle son bulmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, Hastaların bekleme süresinin ve hizmet süresinin kabul edilebilirliğinin algılanmasının poliklinikte aldıkları bakımdan memnuniyetleri üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Çalışmada sağlık hizmeti sağlayıcıları için operasyonlarının yönetiminde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kullanımını yansıtan, bekleme süresinin, hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerden biri olduğu ispatlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca, sağlık kurumları rekabet ortamında başarılı olabilmesi için hastaların algılanan tedavi bekleme süresi ve hizmet süresini kabul edilebilirliğinin önemi tartışılmaktadır.

Araştırma problemi ve soruları

Bir sağlık kurumunun geçmişten günümüze en büyük sorunlarından biri bekleme süreleridir. Tıbbi bakım için uzun süre beklemek, hastalar için bir memnuniyetsizliğe yol açabilir. Bu anlamda bekleme süreleri, hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır ve sunulan hizmetin algılanan kalitesi ile de ilişkilidir.

Bu sebeple günümüz sağlık kuruluşlarının önemli problemlerinden biri, hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır. Hasta memnuniyetini sağlanmasında önemli faktörlerden biri algılanan kalitedir. Algılanan kalite hasta perspektifinden sunulan hizmete atfedilen değerdir. Dolayısıyla hasta memnuniyetinin sağlanmasında anahtar role sahiptir.

Hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli diğer bir enstrüman muayeneye özgü memnuniyettir. Ayrıca muayene için bekleme sürelerin kabul edilebilirliği de hasta memnuniyetinde önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple tezde bekleme sürelerinin kabul edilebilirliği de hasta memnuniyetinin önemli bir parçası olarak tartışılmaktadır. Sonuç olarak tezde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkilemede önemli araç olarak kabul edilen bekleme süreleri, hizmet kalitesi ve bunların Filistin örneğinde hastalar tarafından nasıl anlaşıldığı konuları tartışılmaktadır. Kısaca açıklanan bu probleme göre çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır:

1. Hasta perspektifinden kalite ile muayeneye özgü memnuniyet arasında ilişki var mıdır?
2. Hasta perspektifinden kalite muayeneye özgü memnuniyeti etkiler mi?
3. Hasta perspektifinden kalite ile hasta memnuniyeti arasında ilişki var mıdır?
4. Hasta perspektifinden kalite hasta memnuniyetini etkiler mi?
5. Muayeneye özgü memnuniyet ile hasta memnuniyeti arasında ilişki var mıdır?
6. Hasta perspektifinden kalitenin hasta memnuniyetine etkisinde muayeneye özgü memnuniyetin aracı rolü var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetin kalitesinin hastalar tarafından nasıl algılandığı ve hastaların bu algısının memnuniyete yol açıp açmadığı önemli problemlerden biridir. Bu tez öncelikle bu soruya cevap aramaktadır. Bu soruya cevap ararken önemli tartışma konularından biri de bekleme süreleridir. Hastaların muayene için bekleme süreleri hem algılanan kaliteyi hem de memnuniyetlerini önemli ölçüde etkileme potansiyeline sahiptir. Dolayısıyla bekleme süreleri de çalışmaya katılarak bekleme sürelerinin

yukarıda söz edilen iki faktörlerle etkileşimi tartışılarak hasta memnuniyetine ve algılanan hizmet kalitesine yeni bir perspektiften bakılmaya çalışmaktadır.

Çalışmanın önemini artıran önemli hususlardan biri çalışmanın Filistin’de yapılmış olmasıdır. Yıllardır savaş ve abluka koşulları altında yaşayan Filistin halkının kalite algısı ve hasta memnuniyeti önemli bulunmaktadır. Savaş ve ambargo baskısı altında yaşayan bir halk hizmet kalitesini nasıl algılamakta ve bu algı memnuniyete nasıl etki etmektedir? Bu tezde bu sorunun cevabının verilmesi amaçlanmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmanın özgün değerini kalite ve memnuniyet kavramların zorlu şartlar altında hizmet alan insanlar tarafından nasıl değerlendirdiği oluşturmaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada nicel yöntemlerden yararlanılmıştır. Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılacaktır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümünde, üç farklı ölçek yer almaktadır. Bu ölçekler; (1) Hasta Bakış Açısından Kalite Algısı kısa formu (the short form of the Quality From the Patient’s Perspective QPP), (2) Hasta Memnuniyeti Anketi kısa formu (the Patient Satisfaction Questionnaire short-form PSQ) ve (3) Ziyarete Özel Memnuniyet ölçeğidir (the Visit-Specific Satisfaction Questionnaire VSQ). Çalışma Filistin halkından oluşan bir evren üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple çalışmada kullanılan ölçekler Arapçaya çevrilmiş ve anadili Arapça olan ve halen Birleşik Krallık’ta çalışmalarını sürdüren bir akademisyen tarafından ölçeğin İngilizce ve Arapça versiyonları değerlendirilerek Arapça çevirisinin uygunluğu belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklemelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırmada kullanılan kaynaklar İngilizce ve Türkçe kaynaklarıyla sınırlıdır. Zaman ve maddi kaynak kısıtları çalışmanın diğer kısıtlarını oluşturmaktadır. Araştırma Filistin’deki Devlet Hastaneleri ile sınırlıdır.

BÖLÜM 1: HİZMET KALİTESİ

Bu bölümde ilk olarak hizmet kalitesi kavramı tanımlanmış ve hizmet kalitesi boyutlarını açıklanmıştır. Daha sonra sağlık hizmet kalitesi kavramı ve sağlık hizmet kalitesi temel boyutlarını ele alınmıştır. Son olarak hizmet kalitesinde ölçümler kapsamında yer verilmiştir.

1.1. Hizmet Kalitesi Kavramı:

Küreselleşme, hızla gelişen teknoloji ve rekabet koşullarında kalite kavramı giderek önem kazanmaktadır. “Kalite” teriminin tam olarak tanımlanması zordur ve literatürde birçok “kalite” tanımı bulunmaktadır (Park vd., 2016: 468). Kalite kelimesi, Latince’de “nasıl oluştuğu?” anlamına gelen “Gualis” kelimesinden gelmekte ve hangi ürün veya hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu ifade etme amacını taşımaktadır (Kaya, 2003: 57). Kalite; beklentileri karşılayan veya aşan ürünler, hizmetler, insanlar, süreçler ve çevrelerle ilişkili dinamik bir durumdur (Goetsch ve Davis, 2003: 5). Zeithaml (1988: 3) tarafından kalite, genel olarak üstünlük veya mükemmellik olarak, müşteri beklentileri ve performans algıları arasındaki bir karşılaştırma olarak tanımlanmaktadır. Kalite, algıya dayalı soyut bir kavram ve beklentileri aşan, yerine getiren mükemmel bir ürün veya hizmet anlamına gelmektedir. Kalite, $K = \text{Performans} / \text{Beklenti}$ şeklinde formüle edilebilir (Besterfield vd., 2003: 7-8). Başka bir anlamda kalite, müşterinin ürün veya hizmetle ilgili gerçek deneyimine dayanmakta, belirtilen veya belirtilmeyen, bilinçli olan veya bilinçli olmayan, teknik olarak operasyonel veya subjektif olan ihtiyaçlarına göre ölçülmekte ve her zaman rekabetçi bir pazarda etkili bir hedefi temsil etmektedir (Feigenbaum, 1991: 7).

1980'lerde hizmet kalitesinin çalışmaları büyük ölçüde artmıştır (Lehtinen ve Lehtinen, 1991: 287) ve profesyonel hizmet kalitesinin değerlendirilmesi konusu, araştırılması gereken temel bir konu olarak ortaya çıkmıştır (Brown ve Swartz, 1989: 92).

Yüksek kaliteli hizmet sunumu, hizmet endüstrilerinde başarının anahtarıdır (Meesala ve Paul, 2018: 261). Ancak burada önemli olan üretilen mal ya da hizmeti müşterinin nasıl algıladığıdır. Dolayısıyla hizmet kalitesi “müşteri isteğine uygunluk” olarak tanımlanabilir (Kalaja, Myshketa ve Scalera, 2016: 558). Kalitenin sadece üretilen mal ya da hizmetin gerçek kalitesi olmadığını, algılanan kalitesinin de önemli olduğunu

ifade eden Omachonu (1990: 43), kalitenin birbirine bağılı iki bölümden oluştuğunu ileri sürmektedir: Gerçek kalite ve algılanan kalite. Gerçek kalite, standartların karşılanması anlamına gelirken, algılanan kalite, müşterinin beklentilerini karşılanmasını ifade etmektedir.

Hizmetlerin soyut olması, hizmet standartlarının belirlenmesini güçleştirmekte ve hizmet kalitesinin daha çok hizmeti kullananların algısına dayanarak ölçülmesine sebep olmaktadır. Objektif ölçümlerin yokluğunda, bir firmanın hizmet kalitesini değerlendirmek için uygun bir yaklaşım müşterilerin kalite algılarını ölçmektir (Parasuraman vd., 1988: 13; Harvey, 1998: 587). Bu sebeple hizmet sektöründe kalitenin değerlendirmesinde hizmet sağlayıcı tüketici ilişkileri anahtar rol oynamaktadır. Gelişen ve değişen dünyada müşteri algıları değişmektedir. Zaman geçtikçe müşterilerin kalite algıları değiştiği için pazarlamacılar, kaliteyi değerlendirme ve istenilen kalite algılarını uyarma konusunda müşterileri eğitebilirler (Zeithaml, 1988: 18).

Algılanan hizmet kalitesi modeli, ilk kez 1982 yılında Grönroos (2001: 151) tarafından ileri sürülmüştür. Algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin algıları ve beklentileri arasındaki farklılığın derecesi ve yönü olarak görülmektedir (Parasuraman vd., 1988: 17). Algılanan kalite, algı ve beklenti arasındaki fark olarak ifade edilmektedir (Parasuraman vd., 1988: 19). Beklentiler algılardan daha büyük olduğunda, hizmet kalitesi boşluğu oluşmaktadır. Hizmet boşluklarının tanımlanması ve bu boşlukların yöneticiler tarafından kapatılması hedeflenmesiyle hizmet kalitesi algısını ve tüketici memnuniyetini arttırması mümkün olmaktadır (Purcarea, Gheorghe ve Petrescu, 2013: 583).

1.2. Hizmet Kalitesi Boyutları:

Hizmet, tüketicilerle etkileşime girerek üretilir, tüketiciler üretim sürecinde hizmetle etkileşime girer ve ayrıca üretim sonucunda üretim kalitesiyle de ilgilenir. Bu nedenle, bu hizmetin özelliği, hizmet kalitesi boyutları kavramını ortaya koymuştur.

Hizmet kalitesi boyutları ile ilgili olarak, iki farklı görüşler bulunmaktadır: (1) Nordic okulu görüşü ve (2) Amerikan okulu görüşü.

Nodric Okulu: Nordic Okulu, kaliteli hizmetin iki boyutu olduğunu ileri sürmektedir: (a) işlevsel kalite (süreç) ve (b) teknik kalite (temel) (Grönroos, 1998: 327). Kaynakların kullanıldığı sürecin sonucu olarak tüketicinin ne elde ettiğini algılaması sürecin teknik veya sonuç kalitesini oluşturmaya karşılık; tüketicinin işlemin nasıl işlediğini algılaması işlevsel veya süreç kalitesi boyutunu ifade etmektedir. Buna göre, tüketici yalnızca üretim sürecinin bir sonucu olarak aldığı hizmetle değil, sürecin kendisiyle de ilgilenmektedir. Teknik sonucu veya teknik kaliteyi, fonksiyonel olarak nasıl elde ettiğini, müşteri ve aldığı hizmeti görme açısından da önemlidir. Bu kalite boyutuna fonksiyonel kalite denilebilir. Fonksiyonel kalite, bir hizmetin etkileyici performansına karşılık gelir. Bu nedenle, yapısı oldukça farklı olan iki kalite boyutundan söz edebiliriz: Müşterinin ne kazandığı sorusuna cevap veren teknik kalite ve nasıl elde ettiği sorusuna cevap veren işlevsel kalite. Açıkçası, işlevsel kalite boyutu teknik boyut kadar objektif olarak değerlendirilemez. Nitekim, fonksiyonel boyut çok öznel bir şekilde algılanmaktadır (Grönroos, 1984: 39; Grönroos, 2001: 151).

Amerikan Okulu Görüşü: Amerikan Okulu ilk defa Parasuraman ve arkadaşları (1985; 1988) tarafından önerilen görüşe uygun olarak, kaliteli hizmetin beş boyutunun olduğunu ileri sürmektedir:

- Somutluk (maddi duran varlıklar): Fiziksel tesisler, ekipman ve personelin görünümü
- Güvenilirlik: Hizmetin söz verildiği zaman ve şekilde tam olarak yerine getirilmesi
- Duyarlılık: Müşterilere yardım etme ve hızlı hizmet sunma istekliliği
- Güvence: Çalışanların bilgisi ve nezaketleri ve güven ve dürüstlüğü sağlama yetenekleri
- Empati: Müşterilerine sağladığı özen gösterme ve önemseme

Lehtinen ve Lehtinen (1991), hizmet kalitesini fiziksel kalite, interaktif kalite ve kurumsal (imaj) kalite olarak tanımlamıştır. Fiziksel kalite, hizmetin somut yönleri ile ilgilidir. Fiziksel unsurlar, bir hizmet üretim sürecinde ihtiyaç duyulan fiziksel ürün ve fiziksel desteği (fiziksel araçlar ve çevre) kastedilmektedir. İnteraktif (Etkileşimli) kalite, hizmetlerin etkileşimli niteliğini içermektedir ve müşteri ile hizmet sunucu arasında gerçekleşen iki yönlü akışı ifade etmektedir. İnteraktif unsurlar, müşteri ile ilişki içerisinde

bir irtibat kişisi veya fiziksel ekipmandan oluşan hizmet üretim sürecinde esas bir rol oynar. Kurumsal kalite, mevcut ve potansiyel müşterileri tarafından bir servis vericiyle bağlanılan imajı ifade etmektedir. Ayrıca, diğer iki kalite boyutuyla karşılaştırıldığında, kurumsal kalitenin normalde daha sabit olma eğiliminde olduklarını öneriyorlar ve açıklanan boyutlar birbirinden tamamen bağımsız değildir. (Lehtinen ve Lehtinen, 1991: 288-290)

Hizmet kalitesi boyutlarının daha yeni bir kavramsallaştırılma fikri, Rust ve Oliver (1994: 8-10) tarafından önerilmiştir. Genel olarak hizmet kalitesi algısının, müşterinin hizmet karşılaşmasının üç boyutunu değerlendirmesine dayandığı üç bileşenli bir model önerdiler: (1) hizmet sunumu süreci (yani fonksiyonel kalite); yönetim, müşterilerin rol performans beklentilerinin izlenebilmesi için hizmet sunum sürecini dikkatlice incelemektir. (2) hizmet ortamı; iç ortam (hizmet sağlayıcı) ve dış ortam olmak üzere iki ana tema halinde sınıflandırılabilir çok sayıda boyut içermektedir. İç çevre ile ilgili literatür, öncelikle örgütsel kültüre ve yönetim tarafından hizmet sunumuna getirilen öncelikli felsefeye odaklanmıştır. Dış tema, öncelikle hizmet ortamının fiziksel ortamına odaklanır. (3) Hizmetin ürünü (yani teknik kalite); hastaya sunulan hizmetin bizzat kendisidir. Genellikle hizmet ürünü aynı zamanda hizmetin özelliklerini ve hedeflerini de içermektedir. Örneğin, bir banka, herhangi bir müşterinin en fazla 5 dakika sırada bekleyeceği bir şartname belirleyebilir. Banka bu hizmet seviyesini fiilen başarabilir veya başaramayabilir; ancak hizmet sunumunu şekillendiren bir hedeftir.

McDougall ve Levesque (1994: 206), hizmet kalitesi modelinin aşağıda verilen üç temel boyutun dördüncü bir boyut olarak güçlendirmeyi eklemiştir.

- Sözleşme performansı (Sonuç): Sonuç bileşenlerini yansıtır. Hizmetlerin nasıl ve ne zaman gerçekleştirileceğini açıklar.
- Süreç: çalışan-müşteri etkileşimlerini yansıtır.
- Fiziksel: Fiziksel tesisler ve personelin görünümünü yansıtır.

Brady ve Cronin (2001: 45) çalışmada hizmet kalitesinin boyutlarının kişilerarası kalite, sonuç kalitesi ve çevre kalitesinden oluştuğunu bahsetmiştir.

Kişilerarası kalite: Çalışan-müşteri ilişki olarak tanımlanmıştır. Bu çalışma, müşterilerin etkileşim kalitesi algısını oluşturan üç farklı faktör olduğunu göstermektedir. Bu faktörler, çalışanların tavrı, eylemleri ve becerisinden oluşmaktadır.

Sonuç kalitesi: Üretim süreci bittiğinde ve hizmet verildiğinde müşterinin değerlendirilmesini ifadeetmektedir. Müşterinin hizmet kalitesi algısını etkiler. Bekleme süresi, sonuç kalitesinin bir alt boyutu olarak tanımlanmaktadır. Hizmet sonucu algıları üzerinde somut unsurların da etkisi bulunmaktadır.

Çevre kalitesi: Müşteri hizmetleri değerlendirmelerinde fiziksel veya "yapılı" çevrenin etkisinin olduğu düşünülmektedir. Hizmet sunumu sırasında çevrenin önemi göz önüne alındığında, hizmet ortamının hizmet kalitesi algısının oluşumunda ayrılmaz bir rol oynadığı görülmektedir. Brady ve Cronin çalışması, fiziksel çevrenin algılanan kalitesini üç faktörün etkilediğini ortaya koymaktadır: ortam koşulları, tesis tasarımı ve sosyal faktörler.

1.3. Sağlık Hizmet Kalitesi Kavramı

Günümüzde sağlık hizmetleri kalitesi, bağlılığı ve rekabet avantajını arttırmanın bir aracı olduğu için sağlık kurumlarının yönetiminde öncelikli olarak görülmektedir (Untachaia, 2013: 118; Purcarea, Gheorghe ve Petrescu, 2013: 576). Zira sağlık hizmetleri aynı anda üretilir ve tüketilir, daha sonra tüketilmek üzere depolanamaz. Bu yüzden, kalite kontrolünü zorlaştırır, çünkü müşteri satın alma ve tüketimden önce “kaliteyi” yargılayamaz. Üretilen ürünlerin aksine, son bir kalite kontrolünün yapılması daha az olasıdır. Bu nedenle, sağlık sonuçları garanti edilemez (Mosadeghrad, 2013: 204).

Sağlık hizmetleri kalitesi, yenilik, büyüme ve rekabetçiliğin anahtar bir kaynak ve ana itici gücü olarak sayılmaktadır (Kim, Gaukler ve Lee, 2016: 373). Tıbbi bakımın çoğalan sofistikasyonu, sağlık hizmet sunucunun çabaları kaliteyi büyük ölçüde iyileştirmeyi arttırma teşvikidir. Böylece sağlık hizmetler kalitesi önemli bir konu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ve Dünya Bankası (WB)’na göre kalite hedefleri hastalara zararı azaltma, sunulan sağlık hizmetlerinin klinik etkinliğini artırma, hastaları, aileleri ve toplulukları ilgilendirme ve güçlendirme, devamlı kalite iyileştirme faaliyetleri için sistemik kapasite oluşturma, yönetimi ve hesap verebilirliği güçlendirmektir (WHO, OECD ve WB, 2018: 62).

Zineldin (2006: 66) tarafından sağlık bakım kalitesi doğru kişi için doğru şey, doğru zaman, doğru yöntem ve doğru şekilde yapma sanatı ve mümkün olan en iyi sonuçlara

sahip olmak olarak tanımlanmaktadır. Literatürde belirtilen sağlık hizmet kalitesi tanımları iki gruba ayrılabilir (Mosadeghrad, 2013: 205):

1. Özellikleri ve nitelikleri önceden saptanmış şartlara ve standartlara uygun olan sağlık hizmetleri. Bu yaklaşımda kalite “şartlara, gereksinimlere veya standartlara uygunluk” ve “tedarikçinin beklentilerini tatmin etmek” olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım hem içsel yana odaklamasıdır (arz tarafı kalitesi gibi) hem de doğruluk, güvenilirlik ve etkinlik gibi terimler kaliteyi oluşturur.
2. Özellikleri ve nitelikleri müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan veya aşan sağlık hizmetleri. Bu yaklaşımda kalite, “müşteri beklenti ve ihtiyaçlarını karşılama” olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, dışsal yana odaklamaktadır (yani, talep tarafı kalitesi) ve verimlilik, empati, güvenlik ve uygun fiyat gibi terimler kalite özelliklerini saymaktadır.

Sağlık hizmetleri literatürüne bakılırken, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için çeşitli kavramsal çerçevelerin sunulduğu görülmektedir. Donabedian (1988), sağlık hizmeti kalitesinin yönetiminin iki kısmı olan teknik ve kişilerarası arasında farklılaştırmış. Bu çerçeveye göre, teknik bakım, tıp bilimi ve teknolojisinin bilinmesi ve uygulanması ifade ederken, kişilerarası bakım ise hizmet sağlayan ile müşteri arasında gerçekleşen ilişkilerin yönetimini göstermektedir (Donabedian, 1988: 1743-1744). Mahboub ve arkadaşları (2018: 1030)’na göre, ayakta tedavi hizmetinin kalitesini değerlendirmenin önemlidir. Çünkü kaliteli sağlık hizmetlerinin tam zaman ve verimli bir şekilde sunabileceğini ve doktorların, hastanelerin başarısının bir göstergesi olduğunu açıklanmaktadır.

Sağlık bakım hizmetleri, güvenilirlik bakımından yüksek ve geniş bir yorumlayıcı marjına sahip olduğundan; müşterilerin algılarına ve gerçekliğine dayalı olarak kaliteyi değerlendirme eğilimini görülmektedir (Purcarea, Gheorghe ve Petrescu, 2013: 576). Hastaların algılanan sağlık hizmetleri kalitesi, ek bilgiler, artan rekabet ve değişen beklentiler nedeniyle gittikçe değişmektedir. Hizmet kalitesinin değişen dinamik doğası, pazarlamacıların, müşterilerin algılarını sürekli takip etmeleri ve bu değişen görüşlerle ilişkili stratejileri sıraya koymaları gerektiğini göstermektedir (Untachaia, 2013: 131).

Her ne kadar hastaların algıları sağlık hizmeti kalitesini artırmak için değerli olsa da (Park vd., 2016: 473), sağlık hizmeti sunum sistemini tasarlarken ve geliştirirken

hekimlerin hizmet kalitesi algılarını anlamak da çok önemlidir. Bu nedenle, Lee ve arkadaşları (2000: 243) çalışması, hekimlerin sağlık hizmeti kalitesini algıladıklarına odaklanmıştır. Çünkü eğer sağlık hizmeti sağlayanları, müşteriler hizmet alanların sağlık hizmetleri nasıl değerlendirdiğini anlamıyorsa, sağlayanların stratejik planlama ve pazarlama faaliyetlerini etkin bir şekilde tasarlamaları veya geliştirmeleri zordur.

1.3.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Boyutları

Marley ve arkadaşları (2004), hastane kalitesinin klinik kalite ve süreç kalitesi iki temel boyuttan oluştuğunu önermiştir. Teknik kalitenin servis sunum sisteminde tasarlanabileceği düşünülmekte, süreç kalite performansı ise hizmet tasarımında açıklanmalıdır. Süreç kalitesi, hastaların hizmetin nasıl yaratıldığını ve verildiğini algılamasından kaynaklanır. Süreç kalitesi örnekleri, hastaya ilaç ve yiyeceklerin sunumu ve hastane faturalarının zamanında ve doğru olmasını içerir. Klinik kalite tıbbi sonuçlar ile belirlenirken “ne” sorusuna cevap verilir (Marley, Collier ve Goldstein, 2004: 350-354). Carmen (2000), teknik boyutlarını, hastanın hastalık veya yetersizlikten bağımsızlığı, hekim ve hemşirelik bakımı ve tedavi gördükten sonra sağlık durumu olarak tanımlamaktadır (Carman, 2000: 346).

Dolayısıyla, hastalar süreç kalitesini klinik kalitesinden daha kolay değerlendirebilir. Örneğin, hastalar ameliyatlarının hangi kalite seviyesi olduğunu anlayamayabilirler, ancak doktorlar ve personel tarafından iyi veya kötü tedavi gördüklerini anlayabilirler (James, Villacis Calderon ve Cook, 2017: 480; Kasiri ve diğ., 2017: 96; Marley, Collier ve Goldstein, 2004: 354).

WHO (2006: 9-10), bir sağlık sisteminin altı kalite boyutunda iyileştirmeler yapmasını önermektedir:

- 1- Etkililik, bireyler ve toplumların sağlık sonuçlarını iyileştirilerek sağlık hizmeti sunmak;
- 2- Verimlilik, sağlık hizmetlerin kaynakları en üst seviyede kullanarak ve israfı önleyerek sağlık hizmeti sunmak;
- 3- Erişilebilirlik, sağlık hizmetinin doğru zamanda ve yerde ve ihtiyaçlara göre uygun olmasını sunmak;
- 4- Kabul edilebilirlik/hasta merkezli, hastanın tercihleri ve istekleri ve kültürlerini dikkate alarak sağlık hizmeti sunmak;

- 5- Eşitlik, cinsiyet, ırk, coğrafi konum veya sosyoekonomik duruma bakmadan sağlık hizmeti sunmak;
- 6- Güvenlilik, tehlikeler ve riskler azaltarak sağlık hizmeti sunmak;

Shafii ve arkadaşları (2016: 239) araştırmasında, duyarlılık(hevslilik), garantililik, güvenlilik, somutluk, sağlık iletişimi ve hasta oryantasyonu kapsayan altı boyutu, hastane hizmet kalitesini etkileyen boyutlar olarak tanımlamaktadır.

1.4. Hizmet Kalitesinin Ölçümü

Değişimi yönetmek için ölçümler gereklidir. Ancak hizmet kalitesini ölçmek kolay değildir (Li vd., 2015: 498). Ancak, algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik üç ölçüm yöntemi bulunmaktadır (Ladhari, 2008: 75):

1. Sadece performans skorlarının ölçülmesi (örneğin, Dabholkar vd. 1996; Ekinci ve Riley, 1998; Frochot ve Hughes, 2000; Janda vd., 2002; Getty ve Getty, 2003; Caro ve Garcia, 2007; Wilkins vd., 2007).
2. Sadece beklentiler skorlarının ölçülmesi (örneğin, Knutson vd., 1990; Khan, 2003; Markovic, 2006).
3. Algı-beklenti skorları (örneğin, Engelland vd., 2000; Wolfinbarger ve Gilly, 2003).

Son yıllarda hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik çok araştırma yapılmıştır. Ancak özellikle dört çalışma ön plana çıkmaktadır:

1.4.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli

Modeli Christian Grönroos (1984) geliştirmiştir. Modele göre hizmet kalitesi teknik kalite, işlevsel kalite ve firma imajı olarak üç bileşenden oluşmaktadır (Grönroos, 1984: 40). Bunlar kısaca bir şekilde açıklanabilir (Grönroos, 1984: 38-40):

1. Teknik kalite: Müşterinin ne kazandığı sorusuna cevap veren teknik kalite söylenebilir ve açıkça, sürecin bu teknik sonucu, yani tüketicinin bir hizmet firması ile olan etkileşimleri sonucunda ne aldığı, kendisi ve hizmetin kalitesini değerlendirmesi açısından önemlidir.
2. İşlevsel kalite: Nasıl elde ettiği sorusuna cevap veren işlevsel kalite denir.

3. Kurumsal imaj: Tüketicilerin firmayı nasıl algıladıklarının bir sonucudur. Bir firmanın müşterilerinin gördüğü ve algıladığı en önemli kısmı hizmetlerdir. Bu nedenle, kurumsal imajın esas olarak hizmetlerinin teknik kalitesi ve işlevsel kalitesiyle oluşturulması beklenebilir.

1.4.2. Hizmet Kalitesi (SERVQUAL) Modeli

SERVQUAL, hizmet kalitesini temsil ettiğine inanılan beş boyut boyunca tüketici beklentilerini ve hizmet algılarını yakalamak için tasarlanmış çok boyutlu bir araştırma aracı bulunmaktadır (Parasuraman, Berry ve Zeithaml, 1991: 420).

Parasuraman ve diğerleri (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği çeşitli hizmet endüstrilerinde geniş ölçüde uygulanmış ve değerlendirilmiştir. SERVQUAL, beklentileri (alınacak hizmetin) algıları (fiilen alınan hizmetin) ile karşılaştırarak algılanan hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamaktadır. Başlangıçta SERVQUAL on boyuttan oluşmaktaydı: Fiziksel özellikler, güvenilirlik, duyarlılık, iletişim, inanılabilirlik, güvenlik, yetkinlik, müşterileri anlama, nezaket ve ulaşılabilirlik. Daha sonra beş boyuta indirilmiştir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 23; Kilbourne vd., 2004: 524). Aşağıda kısaca açıklanan SERVQUAL kalite modelini oluşturan beş boyutun ilk harfleri birleştirilerek RATER ismiyle de bilinir (Park vd., 2016: 469).

- **Güvenilirlik (Reliability)**, servis vericinin yetkinliğini içerir; güvenilir ve doğru bir şekilde söz verilen hizmeti yapabilme becerisini ifade eder.
- **Güvence (Assurance)**, servis vericinin güvenilirliğini içerir; güven telkin edebilmesi için çalışanların nezaket ve bilgisini içerir.
- **Maddi duran varlıklar-Somutluk (Tangibles)**, fiziksel özellikler, donanım ve personelin görünüşünden oluşmaktadır.
- **Empati (Empathy)**, müşterilere verilen özen ve bireysel ilgiyi, başka bir ifade ile kurumun kendi müşterilerine gösterdiği özel ilgiyi ifade etmektedir.
- **Duyarlılık-Cevap verebilirlik (Responsiveness)**, müşterilere yardım etme ve zamanında hizmet sağlama istekliliğini içerir.

SERVQUAL anketi, "hizmet kalitesini ölçmek için en popüler standartlaştırılmış anket olarak tanımlanmıştır (Caruanaa, Ewing ve Ramaseshanc, 2000: 57).

SERVQUAL Modeli, iki bölümden oluşturmaktadır. Birinci bölüm hizmeti alan müşteriler ile ilgili olan kısımdır. Bu kısımda anket yöntemi kullanılarak verilen hizmeti alan müşteriler tarafından doldurularak hizmetin kalitesini ölçmeye çalışmaktır. İkinci bölümde ise hizmet veren çalışanlarının önerilerini ve kurum ile ilgili alacağı tedbirler içermektedir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 18).

Anket, eşleştirilmiş soru çiftlerinden oluşur; Tüketicinin hizmet kalitesi boyutlarının zihinsel haritası ile uyumlu olduğuna inanılan beş boyutta düzenlenmiş 22 beklenti maddesi ve 22 algı maddesi. Anketin hem beklentiler bileşeni hem de algılar bileşeni, somut şeyleri yakalamak için 4 madde, güvenilirliği yakalamak için 5 madde, cevap verebilirlik için 4 madde, güvence için 4 madde ve empatiyi yakalamak için 5 maddeden oluşmaktadır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 25).

Hizmet kalitesi yönünden SERVQUAL, müşterilerin beklentileri ile algılamaları arasındaki boşluğu ölçmektedir. Hizmet kalitesi basit bir denklem olarak aşağıdaki gibi kavramsallaştırılabilir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 19):

Hizmet kalitesi = Algı- Beklenti

Müşteri beklentileri algılarının üzerinde olduğunda hizmet kalitesi düşük kabul edilir. Algılar beklentileri aştığında hizmet kalitesi yüksek kabul edilir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry, hizmet sağlayıcı tarafında, müşterilerin hizmet kalitesi algısını potansiyel olarak etkileyebilecek dört farklı boşluk tespit etmiştir. Boşluklar aşağıda kısaca açıklanmıştır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985: 44-46; Fortuny-Santos ve Kulasin, 2005: 134):

- Boşluk 1: (Tüketici beklentisi - yönetim algı boşluğu), Yönetim, tüketicilerin (gerçekte) ne beklediğine dair yanlış algılara sahip olabilir.
- Boşluk 2: (Hizmet kalitesi özellik boşluğu), Yönetimin müşteri beklentilerini hizmet kalitesi spesifikasyonlarına çevirme konusunda bir yetersizliği olabilir. Bu boşluk, hizmet tasarımının yönleriyle ilgilidir.
- Boşluk 3: (Hizmet sunum boşluğu), Hizmet sunumuna ilişkin esaslar, yüksek kaliteli hizmet sunumunu veya performansını garanti etmez. Bunun birkaç nedeni var. Bunlar arasında ön saflardaki personel için yeterli desteğin

olmaması, süreç sorunları veya ön cephe / irtibat personeli performans değişkenliği bulunmaktadır.

- Boşluk 4: (Dış iletişim boşluğu), Tüketici beklentileri, bir kuruluşun dış iletişimleri tarafından şekillendirilir. Gerçekçi bir beklenti, normalde daha olumlu bir hizmet kalitesi algısını teşvik edecektir. Bir hizmet kuruluşu, pazarlama ve tanıtım malzemelerinin hizmet sunumunu ve sunulma şeklini doğru bir şekilde tanımladığından emin olmalıdır.

Bu dört boşluk, müşteri beklentileri ile fiilen alınan hizmet algıları arasındaki fark olan beşinci bir boşluğa (Boşluk 5) neden olur. Parasuraman ve diğerleri bu farkı hizmet kalitesi olarak tanımlamışlardır.

SERQUAL yaygın olarak kullanılmakla birlikte bazı eleştiriler almıştır. Öncelikle SERVQUAL, temelde hizmet sunumu sürecine odaklanmasına dayalı olarak yapılması nedeni ile eleştiriye uğramıştır (Mangold and Babakus, 1991: 70; Richard and Allaway, 1993: 60). Başka bir eleştiri de, beş boyutun aslında Grönroos tarafından önerilen teknik ve fonksiyonel boyutlar olmak üzere iki boyutla sınırlandırılabilirliği (Purcarea, Gheorghe ve Petrescu, 2013: 576). Uzmanların dikkatini çeken bir diğer eleştiri, SERVQUAL'in tüm hizmet endüstrilerinde evrensel olarak uygulanmadığı ve araştırmacıların kullanmadan önce hizmet piyasasının türünü dikkate almaları gerektiğidir (Carman, 1990: 34). Bütün bunlara rağmen, SERVQUAL ölçeği, hizmetin özelliklerine göre uyarlanması koşuluyla, hizmet kalitesini değerlendirmek için kullanılan en popüler ölçek olarak durmaktadır.

Babakus ve Mangold (1992: 780), SERVQUAL'in hastane ortamında güvenilir ve geçerli olduğunu ileri sürmektedir. Ramsaran-Fowdar (2008: 120) ise “güvenilirlik” boyutunun sağlık bağlamında en önemli boyut olduğunu iddia etmektedir. Fakat Ramsaran-Fowdar'ın çalışmasının bulguları, SERVQUAL'deki tüm boyutların sağlık hizmetlerine aynısını yapılamayacağını göstermektedir (Ramsaran-Fowdar, 2005: 439).

1.4.3. SERVPERF Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli

Bazı araştırmacılar, SERVQUAL'a dayanan başka bir ölçek olarak SERVPERF önerdiler. Cronin ve Taylor (1992), SERVPERF'in güvenilirlik ve öngörülebilirliğinin hizmet kalitesi ölçmek için daha doğru olduğunu ispatlamıştır.

SERVPERF, SERVQUAL ölçüsüne performansa dayalı bir alternatif olarak geliştirilmiş ve test edilmiştir. SERVPERF hizmet kalitesi alanını yeterince tanımlayan 22 maddeden oluşur ve SERVQUAL ölçeğine önerilen alternatifi incelemek için aynı performans maddelerini kullanır (Cronin ve Taylor, 1992: 64). SERVPERF ölçeği, SERVQUAL ölçeğindeki beş boyutun aynısını ihtiva etmektedir (Sullon-Cuchupoma vd., 2020: 155):

1. Somut unsurlar: Kullanıcı, tesislerin fiziksel görünümü, altyapı, tıbbi malzemenin durumu ve onunla ilgilenecek insan personel gibi bunu ve kullanıcının sahip olduğu bakış açısını gözlemleyecektir.
2. Güvenilirlik: Sağlık personelinin tıbbi randevuda sunulan hizmeti yerine getirme becerisini veya yeterliliğini ifade eder, kullanıcılar bunu sağlıkları hakkında bilgi alma şekillerinde görecektir, personelin ilettiği güveni,
3. Cevap verebilirlik: Kuruluşların insan kaynaklarının doğru ve uygun bakım sağlayarak hastaları destekleme arzusu olduğunda,
4. Güvenlik: Personelin yansıttığı güvendir, sağlık personelinin anlayışı ve nazikliğinin hastanın beklediğini iletmesi güvendir,
5. Empati veya sıcaklık: Her kullanıcıya verilen kişisel ilgi, memnuniyet düzeyinin belirlendiği, sunulan hizmet hakkında iyi referanslar oluşturan boyuttur.

Cronin ve Taylor (1994), SERVPERF, SERVQUAL'den daha yüksek yapı geçerliliğine sahip olduğunu iddia etmektedir. SERVPERF ölçeği de hizmet yöneticilerinin genel hizmet kalitesi tutumlarını ölçmek için yararlı bir araç sağlamaktadır (Cronin ve Taylor, 1994: 129-130).

BÖLÜM 2: HASTA MEMNUNİYETİ

Bu bölümde hasta memnuniyeti hakkında tartışılacaktır. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin önemli bir boyutudur. Bu nedenle, bu konuya, hasta memnuniyeti araştırmacıları, sağlık hizmeti yöneticileri, sağlık personeli tarafından özen gösterilmiştir. Müşteri memnuniyetini artıran veya azalan faktörleri anlamak, hizmet sunumunu geliştirme çabalarını yönlendirileceğinden, sağlık kurumlarının yönetimine yardımcı olabilir.

2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı:

Müşteri memnuniyeti birçok sektörde servis sağlayanların temel hedefi olarak kabul edilmektedir (Ferrand vd., 2016: 7). Sağlık hizmetleri giderek daha rekabetçi bir pazar haline geldiğinden ve insanların yaşamında her zamankinden daha önemli bir rol oynadığından, hasta deneyimini çalışmak sunucuların hizmet sunumunda hasta bakış açılarını daha iyi kapsamasına ve hasta memnuniyetini arttırmasına kesinlikle yardımcı olabilir (Hejduková ve Kureková, 2016: 240, Janet ve Bronya, 2018: 5). Çünkü hasta, kendisini bakım ekibinin bir üyesi ve bir ortak olarak görüyor. Bu nedenle sağlık hizmeti veren, hasta memnuniyeti iyileştirme stratejilerinin geliştirilmesine yönelik genel hasta deneyimine odaklanmalıdır (Kash ve McKahan, 2017: 3). Dolayısıyla hastaneler sağlık hizmetleri sunumunda başta hastaların tedavileri için gerekli tetkik ve tedavileri gerçekleştiren; başka bir ifadeyle müşterilere fayda sağlayan hizmet kurumları olduğu için bu kurumlarda da asıl olan hasta memnuniyetidir (Gülmez, 2005: 148).

Memnuniyet, hasta algılarının bir ölçüsüdür ve hizmet sağlayanlar tarafından değil, hasta deneyimiyle tanımlanır (Drain, 2001: 32). Bu nedenle, hizmet sunucuların bakım hizmetini hasta bakış açısıyla görmeleri ve hastaların önemli olduğunu düşündükleri konulara odaklanmalarına zorunda kılmaktadır. Memnuniyetin beklentiler ile deneyim arasındaki ilişkiyi yansıtır (Hudak, McKeever ve Wright, 2004: 724). George ve Sanda, hasta görüşüne dayalı memnuniyet değerlendirmesine yönelik kritik ihtiyacın altını çizmektedir (George ve Sanda, 2007: 256). Hizmetlerle ilgili kişisel deneyim, beklentiler ve hükümler memnuniyeti etkiler (Kolodinsky, 1999: 223). Ayrıca hastaların deneyimleri, hastanelerin performansını ve hizmet sunumunun geliştirilmesi için yararlanılmaktadır (Jenkinson vd., 2002: 338).

Müşteri memnuniyeti, müşteriler tarafından belirlenen ve tüketim deneyiminden sonra belgelendirilmiş bir karar olarak ifade edilmektedir (Priporas, Laspa ve Kamenidou, 2008: 325). Hasta memnuniyeti de “hastanın değer ve beklentilerinin ne ölçüde karşılandığı konusunda bilgi vermek” olarak tanımlanmaktadır (Koç vd., 2017: 55). Bir başka deyişle, hasta memnuniyeti, bir hastanın beklentilerinin veya ihtiyaçlarının hizmet sunucuları tarafından ne ölçüde karşılandığını tanımlamaktadır (Astuti ve Nagase, 2014: 44). Bu bakımdan, memnuniyet, sadece sonuçtan memnuniyet değil beklentinin yerine getirilmesini de temsil edebilir (Graham vd., 2015: 83). Hastalar beklentilerinin karşılanmadığını algıladıklarında (özellikle daha önce iyi bakım veren bir kurumdan) memnuniyetleri azalır (Quinn vd., 2004: 27).

Literatürde, müşteri memnuniyeti, beklentiler (B) ve çıktılar (Ç) arasındaki ilişki açısından işlevselleştirilmiştir. Sonuç beklenti ile eşleşirse, müşteri memnuniyeti elde edilir. Sonuç beklentiyi aşarsa, aşırı müşteri memnuniyeti sağlanabilir. Beklenti sonucu aşarsa, müşteri memnuniyetsizliği ortaya çıkar (Buttle, 1996: 11).

Memnuniyet veya memnuniyetsizlik, hastanın teknik süreç, kişilerarası süreç ve bakımın sonuçları ile bakımın sağlandığı ortamların yapısal özellikleri dahil olmak üzere, bakımın tüm yönleriyle ilgili yargısını yansıtır (Donabedian, 1988: 180).

Hasta memnuniyeti, çeşitli dış ve iç faktörlerden etkilenebilir ve buna bağlı olarak memnuniyet iki ayrı bileşen içerdiği düşünülebilir: bakım sürecinden memnuniyet ve bakım sonucundan memnuniyet (George ve Sanda, 2007: 257; Graham vd., 2015: 83). Bakım sürecinin bileşenleri arasında bekleme süresi, bilgi sağlanması, bakıma erişim, bakım ortamının yeterliliği ve tedavi hızı yer alabilir. Memnuniyetin diğer önemli unsuru da bakım sonucudur. Hastaların beklenti algılarının altında kaldığında, memnuniyet seviyeleri düşer (George ve Sanda, 2007: 257).

Memnuniyet ölçümü konusundaki çabalarına ve başarılarına rağmen, kanıtlar bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Hasta memnuniyeti iyileştirmesi sürdürülmesinin zorlukları, rakip öncelikler ve azalan kaynaklardan kaynaklanmaktadır (Ilioudi, Lazakidou ve Tsironi, 2013: 68).

Araştırmalar, hasta memnuniyetinin tıbbi bakım açısından incelendiğini ve tıbbi bakımın hastanın memnuniyet algısını etkileyebilecek birçok boyutu olduğunu ortaya

koymaktadır. Bunlar: sunulan hizmetler, hizmetlerin kullanımı, tüketici deneyimleri ve bireysel farklılıklardır (Kolodinsky, 1999: 225).

Memnuniyet hastanın görüşüne dayandığı için, memnuniyet düzeylerinin değişmiş olabileceği anlamına geliyor. Hastalar arasında değişen memnuniyet düzeyleri (veya memnuniyetsizlik) nedeniyle, hasta memnuniyeti belirsizlikler eleştiri noktası olarak sayılmaktadır (Benzon, Dunn ve Tran, 2019: 395).

2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hasta memnuniyeti, hizmet sunumunu, hasta ve hizmet vericilerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmet vericilerin yeterliliğini, iletişim özelliklerini, sağlık hizmeti sunumunun değerlendirilmesi ve kalitenin artırılması ile ilgili geri bildirim sağlamasını içeren çok boyutlu bir kavram olarak ifade edilmektedir (Koç vd., 2017: 55). Dolayısıyla hasta memnuniyeti sağlıkta ehemmiyetli bir konudur ve bir başarı ölçüsü olarak kullanılmaktadır (Hachem vd., 2014: 71).

Müşteri memnuniyeti birçok kamu hizmetinde kalitenin ölçüsü olarak yaygın bir şekilde kabul edilmektedir (Williams, 1994: 509). Hizmet sektöründe kalitenin göstergesi müşteri memnuniyeti olduğuna göre sağlık sektörünün kalitesi de hasta memnuniyeti ile ifade edilebilmektedir (Apay, 2009: 242). Ayrıca hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmesi ve yasal gerekliliklerin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir ve halen sağlık hizmetleri için önemli bir sonuç ölçütü olarak kabul edilmektedir (Wazir vd., 2018: 24). Dolayısıyla hasta memnuniyeti, doktor ve sağlık kurumların kalitesini değerlendirmek için bir standart haline gelmektedir (Shirley ve Sanders, 2013: 3). Ayakta tedavi kalitesini değerlendirmede de hasta memnuniyeti yaygın olarak bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Ancak, bunu ölçmek için evrensel olarak kabul edilmiş tek bir yöntem yoktur (Säilä, 2008: 152).

Hasta memnuniyet ölçümü, hizmet sunumunu iyileştirmek için hastaların algısında güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesin için katkı sağlayabilir. Müşteri memnuniyeti geri bildirimi almak daha hızlı düzeltici önlem alınabilmesini sağlar ve bu durum bir kurumun başarısını ve hastanın iyileşmesini etkileyebilir (Quinn vd., 2004: 26). Hasta memnuniyeti, sadık müşterilerin oluşumuna katkıda bulunmak, maliyetleri azaltmak, sağlık kurumunda hastanın güvenini artırmak, tedaviye inanmak, hasta sayısını artırmak ve karlılığı arttırmak gibi önemli olumlu sonuçlar vermektedir (Koç vd., 2017: 57).

Hasta memnuniyeti, hastaların ziyaret ve bekleme sürelerinin azalması, tedavi maliyetlerinin düşürülmesi ve hasta hacminin artırılması ile ilgilidir (Ilioudi, Lazakidou ve Tsironi, 2013: 68). Ayrıca hasta memnuniyeti, yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (Wong ve Fielding, 2008: 301). Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, kıt olan hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve dolayısıyla maliyetlerin düşürülmesi, rekabet avantajı sağlanması ve hasta beklentilerinin karşılanması ya da aşılması açısından önemli faydalar sağlayacaktır (Aslan, 2008: 36). Hastaneler de sağlık hizmetleri sunan, başta hastaların tedavileri için gerekli tetkik ve tedavileri gerçekleştiren başka bir ifadeyle müşterilerine fayda sağlayan hizmet kurumları olduğu için bu kurumlarda da asıl olan hasta tatmini ve memnuniyetidir (Gülmez, 2005: 148).

Hastalar sunulan hizmet deneyimlerinden memnun olursa ve sağlık hizmeti sağlayanlar hastaların beklentilerini anlayabilirse hasta ve çalışanlar arasında uzun süreli ilişkilerin kurulabilmesini sağlar (Ramsaran-Fowdar, 2005: 429). Memnun hastalar, hizmeti tekrar kullanmayı tercih ederler; arkadaşlarına ve akrabalarına sağlık hizmetlerini öneren sadık hastalar haline gelirler. Çünkü, tedaviden memnun olan hastalar, gittiği hastaneyi başkalarına tavsiye etmektedirler (Jenkinson vd., 2002: 338).

Tıbbi bakım hasta memnuniyeti ve uyumu arasında açık bir ilişki bulunmuştur. Hastalar tıbbi yardımlardan memnun olmadığında işbirliği yapma olasılıkları da azalmaktadır (Naidu, 2009: 374). Dolayısıyla hasta memnuniyeti, gerçekleştirilen tedavinin başarısını sağlaması bakımından da önemli bir etkiye sahiptir.

Hasta memnuniyeti verileri, hastane ünitelerinin sonuçlarını geliştirmek ve hastane personeline ödülleri ve teşvikleri paylaştırmada da kullanılabilir (Yellen vd., 2002: 23). Hasta memnuniyeti, hem alternatif ödeme modelinde artış hem de hizmet vereni seçerken müşterilerin hasta incelemelerine güvenlerinin artması nedeniyle hastanelerin finansal refahını etkilemektedir (Ferrand vd., 2016: 19). Dolayısıyla hasta memnuniyeti, organizasyon için olumlu bir geri bildirim döngüsü ve mali başarıya katkıda bulunurlar (Naidu, 2009: 377).

2.3. Hasta Memnuniyeti Süreci:

Wicks ve Chin (2008:27)'e göre, hasta memnuniyeti üç hizmet süreci segmentinde değerlendirilir:

1. *Süreç öncesi memnuniyet*: Hastanın herhangi bir sağlık kurumuna gitmeden önce deneyimlerine karşı olumlu duygusal yönelim derecesidir.
2. *Süreç sırasında memnuniyet*: Hastanın herhangi bir sağlık kurumuna gidince deneyimlerine karşı olumlu duygusal yönelim derecesidir.
3. *Süreç sonrası memnuniyet*: Hastanın taburculuk sonrası deneyimlerine karşı olumlu duygusal yönelim derecesidir.

Mpinga ve Chastonay (2011: 149), hasta memnuniyetinin sağlık hakkının bir göstergesi olduğunu savunmaktadır. Dolayısıyla, hasta memnuniyetinin sağlık haklarını sağlanmasını izleyen bir göstergeler havuzuna entegrasyonunun gerçekleştirilmesi için aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

- Hasta memnuniyeti kavramı ve ölçüm şekli konusunda uluslararası bir fikir birliği oluşturmak;
- Kavramı tanımlayan, veri toplamanın sorumluluklarını ve koşullarını ve kullanımını belirleyen yasal bir çerçeve benimsemek;
- Toplum içinde ve hasta derneklerinde de insan hakları eğitiminin güçlendirmek;
- Sağlık çalışanlarını hasta memnuniyeti verilerini toplama yararlarına ikna etmek;
- Hasta memnuniyetini ölçmek için özel olarak uyarlanmış veri toplama araçlarının geliştirilmesini ve kullanılmasını yerel ve ulusal düzeyde sağlamak;
- Uluslararası hasta memnuniyeti çalışmalarını teşvik etmek.

Yukarıdaki önerilerin gerçekleştirilmesi için sağlık hizmet sunucularının hasta memnuniyetinin önemine ikna edilmeleri gerekmektedir. Ancak bu şekilde sağlık hizmet sunucuları hasta memnuniyetinin ölçümünü ciddiye alabilir. Sağlık profesyonellerinin hasta memnuniyetini ölçüm olarak ciddiye almaları için üç önemli neden bulunmaktadır (Fitzpatrick, 1991: 887):

1. Memnuniyet, sonuçlar değerlendirmek için önemli bir ölçümdür ve sağlık sisteminin gelişimi ile ilişkilidir (Weiss ve Senf, 1990: 441).
2. Hasta memnuniyeti muayene modellerini değerlendirmede giderek daha faydalı bir ölçektir (örneğin, tavsiye verme, teşhis ve hastanın karar vermeye katılması gibi) (Savage ve Armstrong, 1990: 970).
3. Hastaların geribildirimleri, sağlık hizmeti sunmanın alternatif yöntemler arasında seçim yapmak için sistematik olarak kullanılabilir (örneğin, danışma

süresi veya mesai dışı hizmet sunumu düzenlemeleri gibi) (Bollam, McCarthy ve Modell, 1988: 532).

Hasta memnuniyetini sağlanması poliklinik hastaları için de önem arz etmektedir. Dolayısıyla poliklinik hastalarının memnuniyetsizliğine sebep olabilecek unsurlar özenli bir şekilde incelenmeli ve ortadan kaldırılmalıdır. Poliklinik hastaları bakımında hasta memnuniyetsizliğinin en önemli nedenleri şunlardır: Randevu beklemek zorunda kalmak, bekleme süresinin uzunluğu, iletişim ve bilgi alamaması, danışma süresi, ulaşılabilirlik ve süreklilik eksikliği, karar alma sürecine katılamamak ve katkıda bulunamamak. Ek olarak, hastalar bakım planlama sürecinde kişisel yaşam koşullarının göz ardı edilmesinden dolayı da memnuniyetsizliklerini dile getirmektedir (Säilä, 2008: 151).

Shirley ve Sanders (2013: 2), AIDET'in (Onaylama, Tanıştırma, Süre, Açıklama, Teşekkür) kullanımının bir iletişim rehberi olarak hasta memnuniyetini etkileyebileceğini önermektedir.

- Onaylama, doğruluğunu ikrâr etmek, kabul etmek, aldığını bildirmek, hastaların beklediklerini aldıklarını göstermesini bildirmeyi içerir.
- Tanıştırma, hekimin adı ve unvanını vermeyi ve sağlık hizmeti ekibindeki diğer hizmet sağlayıcıların rollerini açıklamasını ifade eder.
- Süre, sunulan hizmetle ilgili öngörülen zaman hakkında bilgi vermeyi kapsar.
- Açıklama, hastanın durumu anlatmayı, soru sormasına izin vermeyi ve tartışmayı ifade eder.
- Teşekkür, hastadan başka bir şeye ihtiyaç duymaları halinde temas kurmasını istemeyi içerir.

Memnuniyet, farklı değişken gruplarını memnuniyet göstergeleri olarak incelenmektedir (Carmel, 1985: 1243):

- Müşterilerin kişisel özellikleri: sosyo-demografik, psikolojik ve sağlıkla ilgili
- Doktor-hasta ilişkisinin özellikleri: iletişim, bilgi sağlama
- Örgütün özellikleri: yapısı, sağlık kuruluşu türü, iş bölümü

Hasta memnuniyetinin temel amacı hasta şikayetlerini ortadan kaldırmaktır. Dolayısıyla sağlık kuruluşları hasta memnuniyetini sağlayarak öncelikle hastanın

memnuniyetsizliğini ortadan kaldırmak, daha sonra sadık hastalara sahip olmak, hastanın tavsiyesini sağlamak gibi ikincil amaçlara yönelebilirler. Hastanın memnun olması ve şikayetini önlemek için ise aşağıdaki kurallara uygun hizmet sunulması önerilmektedir (Wendy ve Scott, 1994: aktaran, Prakash, 2010: 152-153):

- Buz kırma: göz teması kurma, gülümseme, insanların adlarıyla çağırma, ilgilenme sözleriyle ifade etme anlama gelmektedir.
- Nezaket gösterme: Nazik hareketler ve kibar kelimelerle hastayı rahatlatma olarak ifade edilebilir.
- Dinleme ve anlama: hastaları problemlerini anlatmaya teşvik etmeye çalışmaktır. Soruları cevaplamaya çalışılır.
- Bilgilendirme ve açıklama: Uygunluğu teşvik eder. İnsanlar neler olduğunu bildiklerinde endişeleri azalır.
- Tüm kişiyi görme: Sadece hastalığa değil; hastalığın dışında kişiye bir bütün olarak bakmayı ifade eder.
- Sorumluluğu paylaşma: Tıbbi uygulamadaki riskler ve belirsizlik yaşamın gerçekleridir. Bundan dolayı riskleri kabul etmek güven oluşturur.
- Dikkat etme: karışıklıkları ve kesintileri olabildiğince azaltır.
- Güvenlilik ve mahremiyet: Ne söylendiğine, nerede söylendiğine ve kime söylendiğine dikkat etmektir.
- Onurunu koruma: Hastayı saygı duyarak tedavi etmeyi ifade etmektedir. Mütevazılığa ve saygıya vurgu yapar.
- Hastanın ailesini hatırd tutma: Aileleri hastanın durumuyla ilgili bilgilendirilip güvenleri pekiştirilir.
- Hızlı cevap verme: Randevular alınırken, çağrılar cevaplanırken cevapların hızlı olması ve gecikmeler için özür dilenmesini kapsamaktadır.

Doktor, diğer hizmet sunucuları veya bir hastanenin hastasını daha iyi anlaması gerekmektedir. Bu durumda yukarıdaki önerilere ilave olarak aşağıda belirtilen hususların hastayı daha iyi anlamaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Prakash, 2010: 153):

- Hastaların şefkat ve özen gösteren kişisel bir ilişki beklediklerinin kabul edilmesi.

- Hastanın belirli haklara sahip olduğunun kabul edilmesi. Çeşitli düzenleyici otoriteler ve hastaneler hastalar için haklarını gösteren hizmet sözleşmesi hazırlamıştır.
- Hastanın hekim/ hizmet sunucu/ hastane ve işleri hakkında iyi bir ilk izlenimine sahip olduğundan emin olunması.
- Hastalarla göz teması kurulması ve söylediklerinin dikkate alınması
- Hastanın bekleme süresinin en aza indirilmesi.
- Etkili bir problem çözme sistemi hale geliştirilmesi.
- Her zaman hastalardan geri bildirim alınması ve eksikliklerin düzeltilmesi.

2.4. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi

Memnuniyet ölçümü genel olarak içerik ve yöntem bakımından kategorilere ayrılmıştır. Dolayısıyla memnuniyet ölçekleri de özellikleri bakımından içerik ve yöntem olarak iki ana kategoride incelenmektedir (Hudak ve Wright, 2000: 3168-3172):

İçerik: İçerik, ölçünün odağını veya içeriğini belirtir ve yöntem, ölçünün nasıl uygulandığını ve sunulduğunu gösterir. Bu kapsamda herhangi bir memnuniyet ölçümü dört temel unsur dikkate alınarak tanımlanabilir:

- 1- Küresel-Boyutlu: Tüm ya da genel memnuniyetle ilgili bir ya da iki sorudan oluşan ya da farklı maddelerden oluşan çok boyutlu bir ölçü olabilir. Örnek; 4 puanlı değerlendirme ölçeğini kullanarak (çok memnun, biraz memnun, biraz memnun değil, hiç memnun değil).
- 2- Bakım-Tedavi Sonucu: Ölçeğin odağı, bakım veya tedavi sonucu duyulan memnuniyettir.
- 3- Genel-Hastalığa Göre: Ölçekler genel olarak kullanabilir veya herhangi bir hastalığa özgü ve özel hasta gruplarına özgü tasarlanmış olabilir.
- 4- Doğrudan-Dolaylı: Doğrudan ölçekler hastanın sağlık hizmetleriyle ilgili kişisel deneyimlerini, dolaylı ölçekler ise hastanın sağlık hizmetlerine ve genel olarak sağlık hizmeti sistemine yönelik tutumlarını sormaktadır.

Yöntem: Yöntem içindeki ölçümler, bakımın (veya sonucun) fiili yönlerine veya hastanın bu tedaviye (veya sonuca) olan duygusal tepkilerine odaklanır. Bu ölçüm yönteminde de kapalı veya açık uçlu sorular kullanabilir ve kendi kendine veya

görüşmeci tarafından yönetilebilir. Son olarak, ölçütler kullanılan yanıt formatı türüne göre değişmektedir.

1. Gerçeklere-Duygulara Dayalı: Gerçek ölçütler gerçekte olanlara odaklanırken, duygusal ölçütler hastanın neler algıladığı üzerinde durmaktadır.
2. Açık-Kapalı Uçlu Sorular: Kapalı uçlu sorular hastalar ölçeğin geliştiricisi tarafından oluşturulan sınırlı sayıda olası cevap arasından bir yanıt seçebilir. Açık uçlu bölümde hastalar görüş ve önerilerinde bulunabilirler.
3. Kendinden Yönetilen-Görüşme Yapan Tarafından Yönetilen: Çalışma konusuna göre değişir. Hastalar tarafından ya da görüşme yapan kişi tarafından yönetilen yöntemlerden biri seçilebilir.
4. Tepki Formatları: Yanıt biçimleri değişebilir. 4 puanlık yanıt formatı, 5 puanlık yanıt formatları veya 6 puanlık yanıt formatı (son derece memnun, çok memnun, biraz memnun, ne memnun ne de memnun değil, biraz memnun değil, hiç memnun değil gibi) kullanabilir.

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi bazı spesifik metodolojik problemlerle karşı karşıyadır. Aşağıda bu problemler kısaca özetlenmektedir (Hudak ve Wright, 2000: 3173):

Seçim Önyargısı: Memnuniyet genellikle bir programın sonunda veya tedavi aşamasında ölçülür. Ancak memnun olmayan hastalar tedavi tamamlanmadan önce tedavi süreçlerinden çıkabilir. Bu nedenle tedavisi tamamlanmadan ayrılan hastalar temsili örneklemde yeterince temsil edilmemektedir. Bu durum toplanan verilerde önyargı olarak kabul edilir (Larsen vd., 1979: 199).

Yüksek Farklılaşmamış Memnuniyet Düzeyleri: Memnuniyeti ölçen ölçeklerle karşılaşılan bir problem, yüksek memnuniyet seviyelerini bulma eğilimidir. Bu eğilim, katılımcıların ayrımcılığa uğramasına ya da memnuniyetteki gelişmelerin tespit edilmesine yönelik ölçeklerin yararlılığının azalmasına neden olmaktadır (Guyatt vd., 1995: 1222).

Kabul Önyargısı: War (1978: 328-329)'a göre, içeriğinden bağımsız olarak ifadelerde belirtilen görüşler kabul eğilimi olarak ortaya çıkmaktadır. War (1978), memnuniyet seviyelerini iki durumda eğilim beklendiğini ileri sürmektedir. Bunlarda ilki, olumlu ve olumsuz anket maddeleri korelasyon hatalarına kaynaklık edebilir. Olumlu şekilde ifade

edilen maddelerle yapılan kabul, daha yüksek memnuniyet seviyelerine (dolayısıyla fazla tahmin eden memnuniyetle) ve olumsuz olarak ifade edilen maddelerle yapılan kabul daha düşük memnuniyet seviyelerine (daha düşük memnuniyet düzeyine) neden olabilir.

İkincisi, kabul önyargısı, memnuniyetteki grup farklılıkları hakkında yanlış sonuçlara yol açabilmektir. Eğer memnuniyet seviyeleri kabul önyargısı ile ilişkiliyse ve karşılaştırılan gruplar kabul etme eğiliminde farklılık gösterirse aşağıdaki üç husustan biri gerçekleşecektir (War, 1978: 329):

- Gruplar yalnızca kabul önyargısı sebebiyle gerçekte farklılık göstermelerine karşılık; memnuniyet puanları bakımından farklılık görülmeyebilir.
- Gruplar gerçekten duydukları memnuniyetten farklı görünebilir.
- Memnuniyetteki gerçek grup farklılıklarının büyüklüğü olduğundan yüksek tahmin edilebilir ya da farklılıklar küçümsenebilir.

Hasta memnuniyeti anketlerinde kabul önyargısı yanlılığı sorununa çözüm olarak dengeli memnuniyet ölçeklerinin kullanılması önerilmektedir (War, 1978: 335).

2.5. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler:

Hasta memnuniyeti hastaların pek çok sosyo-demografik özeliği ya da faktör tarafından etkilenmektedir. Sosyo-demografik değişkenlerden yaş, eğitim durumu, sağlık durumu, ırk, medeni durum ve sosyal durum gibi faktörler hasta memnuniyetinde farklılık oluşturabilmektedir (Naidu, 2009: 371). Kavunubaşı (2010: 480): tarafından yapılan çalışmada ise hasta memnuniyetini etkileyen faktörler dokuz başlık altında toplanmaktadır:

Personel Hasta Etkileşimi: Literatürde hasta memnuniyetinin beklentileri, hastaların sağlık personeli ile iletişimi sonucu ortaya çıktığı görülmektedir (Koç vd., 2017: 56). Hasta-sağlık personeli iletişimi, hasta sonuçlarını iyileştirme ile ilgili önemli bir faktör olarak bulunmuştur (Li vd., 2017: 589-590). Yöneticiler ve hekimlerle yapılan memnuniyetsiz deneyimler hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (Kolodinsky, 1999: 231-234). Yöneticiler, hizmet sağlayanların bireysel hasta özelliklerini sık sık tanıdığını ve riskleriyle baş etmek için iletişim tarzlarını ve içeriklerini ayarladığını anlamalıdır (Hachem, 2014: 74). Bakım sağlayanlar ise

mümkün olduğunca yardımsever, arkadaş canlısı olmalı ve her karşılaşma sırasında hastanın evde hissetmesini sağlamalıdır (Andaleeb, 1998: 185).

Hekim Davranışı: Hekim davranışı, belki de hasta memnuniyeti sonucunu belirleyen en önemli göstergedir (Platonova, Kennedy ve Shewchuk, 2008: 708). Hekimin kişilerarası becerilerini geliştirmek memnuniyetini artırabilmekte; tedaviye uyumu ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde de etkileyebilmektedir (Renzi vd., 2001: 622, Astuti ve Nagase, 2014: 43). Hekimler ve hastalar arasındaki zayıf iletişim, yanlış tedavi ve düşük sonuçlar elde edilmesine yol açmaktadır (Graham vd., 2015: 83). Bu sebeple hekimler hastalarla etkileşime daha fazla zaman ayırmalıdır (Mazurenko vd., 2016: 24). Ayrıca, hekimlerinin yüksek kalitesi de hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir (Kolodinsky, 1999: 231).

Genel olarak, hastalar hekimlerinin randevulara uygun davranmayı sürdürmelerini, samimi davranmalarını ve kendi dillerinde iletişim kurmalarını bekler. Ek olarak iyi bakım, özen, ilgilenme ve nezaket beklerler (Prakash, 2010: 153). Hekimler, hastalardan geri bildirimlerini istediğinde, hastalar bunu bakım, saygı ve özen gösterileri olarak algırlar. Bunun anlamı, hekimler hastaları için en iyisini yapmayı önemser, bu nedenle hastalar bu çabaya olumlu yanıt verir ve doktorlarından çok memnuniyet duyarlar (Glenn, McMichael ve Feldman, 2012: 81).

Hemşire-Hasta Etkileşimi: Hemşirelik bakımı hasta memnuniyetinde en etkili değişkendir. Bu nedenle, hastane yöneticileri hizmet kalitesini geliştirmek istiyorlarsa hemşirelik bakımına daha fazla dikkat etmesi gerekmektedir (Otani vd., 2014: 378). Hemşirelik personeli, hasta tatmininin değerlendirilmesinde kritik rolü oynamaktadır. Hemşirelik hizmetleriyle ilgili memnuniyet, hekimlerin memnuniyetinden sonra genel memnuniyetin en önemli göstergesi olduğu düşünülmektedir (Carmel, 1985: 1245). Demir ve Çelik'in araştırmasında, hemşirelik hizmetlerinin en yüksek memnuniyet puanına sahip olduğu bulunmuştur (Demir ve Çelik, 2002: 33). Hemşirelik personeli neşeli, nazik, sevecen, saygılı ve yüksek yetenekliyse, hastalar ihtiyaç duymaları halinde aynı hastaneden yeniden hizmet alma niyeti geliştirebilir (Boshoff ve Gray, 2004: 33).

Bilgilendirme: Bilgilendirme hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerden biridir. Klinisyenler hastaları ve akrabaları hastalığı yönetme süreci ve olabilecek acıların kapsamı hakkında bilgilendirmelidir (Guyatt vd., 1995: 1223). Li ve arkadaşları (2017:

589) hastaların kendilerine bilgi veren doktorlardan daha memnun olduklarını ortaya koymuştur.

Beslenme Hizmetleri: Yemekler çok çeşitli diyetler için hazırlanmıştır ve çoğu hastaya tadını çıkarma şansı verir. Bazı sağlık kurumlarında, şeflere sağlıklı beslenmek için nasıl yemek pişirildiğini öğretmek aynı zamanda diyabet ve kalp hastalığına sahip hastalar için özel yemek programları gösterilmektedir (Press, 2005: 208). Çeşitli, lezzetli ve besleyici olan yemekler hastaların yeniden hizmet alma niyetinde etkili olabilir (Boshoff ve Gray, 2004: 33). Beslenme menüleri yatan hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Mira vd., 2009: 540).

Fiziksel Çevresel Koşullar: Hastanenin büyüklüğü, hasta memnuniyeti etkileyen faktörlerinden birisi olarak yer almaktadır. Bir çalışmada yatak sayısı arttıkça memnuniyet seviyesinin düştüğü bulunmuştur. Bu nedenle, daha büyük olan bir hastane mutlaka daha iyi değildir (Ford vd., 2013: 341). Bununla birlikte fiziksel olarak tesisin genel hastane memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir (Demir ve Çelik, 2002: 33).

Bürokrasi: Hastane yönetimleri, hastanın keyifli bir deneyim geçirmesini sağlamak için hizmet sunumunda idari süreçleri düzenlemelidir. Hastaların memnuniyetlerini arttırmak için, giriş, kalış ve taburculuk süreçleri geliştirilmelidir. Verimli ya da etkili yönetim, hastaları daha memnun kılmaktadır (Bakan, Buyukbese ve Ersahan, 2014: 300-311).

Güven: Bir hastane hastaları için güvenli hizmet sağlamalıdır. Güvenli hizmet, hasta memnuniyetini artıran faktörlerden biri olarak kabul edilir (Bakan, Buyukbese ve Ersahan, 2014: 301).

Ücret: Hastaneler, faturalarının müşterinin ödemesini beklediğinden daha pahalı görünmemesine dikkat etmelidir. Başka bir deyişle, eğer hastane faturaları aşırı yüksek olursa, müşteri memnuniyetsizliğine yol açacaktır (Andaleeb, 1998: 185). Fazla ödeme yapmayı beklemeyen müşteriler için, hastaneler müşterileri fatura ile ilgili bilgilendirmelidir; tutarsızlıkların olduğu yerlerde, herhangi bir uyuşmazlığı azaltmak için bunlar açıkça açıklanmalıdır (Andaleeb, 1998: 185). Hastane yöneticileri, hastalardan fazla ücret alınmamasını, ayrıntılı bir hesap aldıklarını ve hatta gerektiğinde istisnai masraflar için bir gerekçe veya açıklamalar sunmasını sağlamalıdır. Hastaların,

ödenen parayı (ücretler) adil, makul ve iyi bir değer olarak aldıkları ücretleri algıarlarsa aynı hastaneden yeniden hizmet alma olasılığını artırmaktadır (Boshoff ve Gray, 2004: 36).



BÖLÜM 3: BEKLEME SÜRELERİ

Birçok OECD ülkesi, bekleme sürelerini önemli bir sağlık politikası konusu olarak saymaktadır. Yakın zamanda yapılan bir OECD araştırması, birinci basamak, ayakta tedavi bakımı, acil bakım, kanser bakımı ve acil olmayan bakım gibi neredeyse tüm sağlık hizmet sunumu alanları ile ilgili olarak OECD ülkelerinde bekleme süreleriyle ilgili sorunları ortaya çıkarmıştır (Siciliani, Borowitz ve Moran, 2013: 11).

Tedavi için bekleme süresi, halk sağlığı sisteminin ayırt edici bir özelliği olarak temsil edilmektedir (Carlsen ve Kaarboe, 2013: 3). Birçok halk sağlığı sisteminde, tedaviler bekleme süresine göre düzenlenir (Andrén ve Granlund, 2010: 3). Bununla birlikte bekleme süreleri, hizmet türüne (ayaktan hasta konsültasyonları, tanı prosedürleri ve cerrahi) göre yayınlanır ve hastaların başından sonuna kadar beklemek zorunda oldukları gerçek zaman hakkında net bir veriyi göstermez (Abasolo vd., 2014: 216).

3.1. Bekleme Süreleri Kavramı:

Zaman kavramı, saat zamanına, tarihsel zamana, biyografik zamana, algılanan zamana ve hayatımızın ritmine, yani içsel saatlerimize ayrılabilir. Sağlıkta, saat zamanı planlanır. Ancak bu planlama insanların acı çekmek veya yorgunluktan arındırılmış zamanlarına göre değil, yaşamlarıyla ne yapmak istedikleri konusunda gerçekleştirilmektedir. Algılanan zaman sık sık verilen zaman için alınır; yani, kişi işleri erteleyebilir. Tarihsel zaman, insan vücudunun zaman içindeki hikayesidir. Yıllar boyunca gelişimsel değişiklikleri ve vücudun yaşadığı aşınma ve yıpranmayı kapsar. Ayrıca, tarihsel zamanın bir kısmı ailenin tıbbi tarihi ve bir nesilden diğerine aktarılan genetik faktörler içerir. Biyografik zaman, bir yaşam süresi boyunca elde edilen deneyimleri ve kişinin kendi içinde taşıdığı tüm ilişkili anılar ve duyguları içerir (Corbin, 2003: 359).

3.2. Sağlıkta Bekleme Süreleri

Bekleme harcanan zamanı, hastanın doktordan hizmet almak için harcadığı zamanı belirtmektedir (Anderson, Camacho ve Balkrishnan, 2007: 1; McMullen ve Netland, 2013: 1659). Bekleme süreleri, kamu tarafından kaynak sağlanan sağlık sistemlerinde temel rasyon aracı olarak sayılmaktadır (Abasolo vd., 2014: 216). Ama hizmet süresi,

bir hastanın hastaneden tedavi alma sürecinde sağlık hizmeti almak için harcadığı toplam süreyi (dakika) ifade etmektedir (Xie ve Or, 2017: 3).

Genel olarak uzun bekleme süreleri, kamu sağlık sigortasını sıfır veya düşük hasta maliyet paylaşımı ile birleştiren ve kapasite kısıtlamaları olan ülkelerde bulunmaktadır (Siciliani, Borowitz ve Moran, 2013: 11). Bakıma erişimin ücretsiz olduğu ya da geri ödemelerin düşük olduğu durumlarda talebin kısa dönem tedavi kapasitesi açısından arzın artacağı ortaya çıkarak bekleme süresinin temel nedeni oluşturulmaktadır (Carlsen ve Kaarboe, 2013: 3).

Bekleme sürelerinin ölçümü ülkeler arasında farklılık göstermektedir. İdari veri setlerinden ortak ölçekler “yatan hasta bekleme süresi” (listeye uzman ilavesinden tedaviye kadar) ve “tedaviye sevk için bekleme süresi” (genel doktor/ aile doktorundan tedaviye sevk) olarak bulunmaktadır (Siciliani, Moranb ve Borowitz, 2014: 293). Yaygın değerlendirme rakamları arasında ortalama bekleme süresi, ortalama, yüzde 90, yüzde 95, bekleyen hasta sayısı, kişi başına düşen kişi sayısı ve belirli bir zaman aralığında bekleyen hasta sayısı bulunmaktadır (Siciliani, Moranb ve Borowitz, 2014: 293, Viberg vd., 2013: 56). Ortanca, hasta için tipik bekleme süresini ölçmenin daha iyi bir yolu olabilir; çünkü aşırı değerlere karşı daha az hassastır ve bekleme süresi genellikle uzun süre beklemekte olan az sayıda hastayı içerir (Viberg vd., 2013: 56).

Bekleme süresi, hastanın aldıklarına inandıkları bakımın kalitesinden genel olarak memnuniyetini tahmin etmede kritik bir rol oynamaktadır (Gibler vd., 2011: 362). Dolayısıyla bekleme süresi, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Hawkins, Swanson ve Kremer, 2012: 373). Bu bağlamda Jaklic ve arkadaşları (2018: 496)’nın çalışmasının sonuçları, bekleme süresinin, hasta memnuniyetinin tüm boyutlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir faktör olduğunu göstermiştir.

Hastanın kısa bekleme süresinin memnuniyetini artırdığı tespit edilmiştir (Kabaroğlu vd., 2013: 88). Bekleme süresinin kısılmasının yeni hastaları çekebileceği de tespit edilmiştir. Bu sonuç hastaların istedikleri hekimi seçerken bekleme sürelerini göz önünde bulundurduğunu göstermektedir. Örneğin; grip olan bir hasta hekime başvurduğunda bir günlük bir bekleme süresi teklif edilirse hasta randevuyu kabul edebilir. Ancak, on günlük bir bekleme süresi sunulursa, muhtemelen bekleme süresi içerisinde iyileşme olasılığı olduğu için hasta beklemeyi reddedecektir. Bu nedenle,

hekim tarafından sunulan erişilebilirlik, hasta tarafından alınan kararını etkilemektedir (Iversen ve Luras, 2002: 199-200).

Poliklinikte daha uzun bekleme süreleri memnuniyetsizlikle ilişkili bulunmuştur (McCarthy, McGee ve O'Boyle, 2000: 292). Bekleme süresinin müşteri sadakatini etkilediği de gösterilmektedir. Uzun bekleme süresi, müşteri sadakati seviyesini azaltabilecek bir memnuniyetsizlik kaynağı olarak bulunmaktadır (Mittal, 2016: 24).

Sağlık hizmetlerini uzun bekleme süresi, hastaların sağlığının bozulmasına sebep olmakta ve beraberinde psikolojik ve sosyal yaşamı etkilemektedir (Oudhoff vd., 2007: 9). Uzun bekleme süreleri çalışanların işlerine devamsızlıklarını etkileyebilmektedir. Bekleme sürelerindeki azalma, işçilere hastalık izni sürelerinde azalmaya yol açabileceğini ve sağlıklı kalma sürelerini artabileceğini göstermektedir (Andr n ve Granlund, 2015: 37).

Uzun bekleme sürelerinde, hastaların bir doktordan görülmeden ayrılma deneyimi olduğu ileri sürülmektedir. Genç hastalar bekleme süreleri çok uzun ise muayene olmadan ayrılmaya hazır olduğunu ifade etmiştir. Dolayısıyla, bu durum hastanenin itibarını doğrudan etkileyecektir (Kamali vd., 2013: 4). Göransson ve Rosen (2010: 39) araştırmalarında hastalara hekim tarafından görülmeden önce tahmini bekleme süreleri konusunda bilgi verilmesi gerektiğini önermiştir.

Johnson Horwood ve Gooberman-Hill (2014: 129-130), hastaların beklemek zorunda kaldıkları süreyi artırmada iki faktörün temel sebep olduğunu ortaya koymuştur. İlk olarak, hastalar kendilerinin sorunlarını hekimlerden tavsiye ve destek almayı ertelemiştir. Bunun nedenleri arasında istenmeyen kaçınılmaz sonuç korkusu ( rneğin ameliyat) yer almaktadır. İkincisi, hastaların hekimlerinin ikincil bakıma başvuru sürecini geciktirdiğini düşünmeleri yaygın olarak görülmektedir ( rneğin yanlış tanı konulması). Oche ve Adamu (2013: 591)  alışmasında, uzun bekleme süresine yol açan en yaygın    faktörün yüksek hasta yükü, doktor sayısının az olması ve kayıt işlemleri olduğu gözlemlemiştir. Tran ve arkadaşları (2017: 6) ise sabahları ziyaret edilen hasta sayısının daha yüksek olduğunu ve bunun artan bekleme sürelerine yansıdağını göstermiştir.

Chen ve arkadaşlarına göre, bekleme süreleri politikasının duyurulması ortaya çıkmasıyla hastanelerin bekleme sürelerinin azalacağı açıklanmıştır. Dolayısıyla, hastane bekleme sürelerini açık olarak bildiren bir politikanın iki etkisine ayırt ediyorlar:

Medway ve arkadaşları çalışması, hasta memnuniyetini geliştirmek, bekleme sürelerini azaltmak ve klinik verimliliğini artırmak için iki yaklaşım önermektedir; birincisi, klinikler, hastaların 15 dakika erken gelmelerini öneren mevcut uygulama ortadan kaldırmalıdır ve ikincisi, klinikler geç gelmenin iptali yerine yeniden planlanması gerekebileceğini bildirmelidir (Medway vd., 2016: 190).

3.2.1. Bekleme Sürelerini Azaltma Stratejileri

Bekleme sürelerini azaltmak için farklı stratejiler geliştirilmektedir. Bu stratejiler kabaca arz taraflı stratejileri, talep taraflı stratejiler ve yerel kurumları etkilemeye yönelik küresel stratejiler olmak üzere üç başlık altında toplanabilir (Kreindler, 2010: 11-27):

1. Arz taraflı stratejiler: Bekleme sürelerinin ortadan kaldırılması, arzın arttırılmasıyla sağlanabilir. Bu strateji birkaç alt stratejiye ayrılmıştır.

- a. Faaliyetinin doğrudan arttırılması:** Faaliyetler için ödeme, en temel arz taraflı stratejisi olarak kabul edilmektedir (primler, hizmet bedeli, hedefli finansman, vb.) ve bekleme sürelerini yönetmek için üstünlüğü kanıtlanmış bir stratejidir. Geçici ve sürekli olarak uygulanabilir. Geçici durumda bekleme süreleri geçici olarak azalır, ancak finansman bittiğinde yeniden ortaya çıkar. Bekleme listesinin kök nedenlerini çözemez. Sürdürülürse, özellikle teşviklerle birleştirildiğinde beklemeleri azaltır. Hollanda, bu politikayı uygulayarak bekleme sürelerini azaltmayı başarmıştır (Siciliana, Moranb ve Borowitz, 2014: 300).
- b. Kapasitenin arttırılması:** Kapasitenin arttırılması kamu ve özel kesimdeki kapasitenin arttırılmasının yanı sıra, yurt dışından hizmet alarak da gerçekleştirilebilir.
 - *Kamu sistemindeki kapasitenin arttırılması:* Kamu tarafından finanse edilir. Uzun vadede bekleme sürelerini azaltılmayı destekler. Daha yüksek kapasite

(örneğin yataklar, doktorlar) ve daha kısa bekleme süreleri arasında bir ilişki bulunmaktadır.

- *Yurtdışından kapasite alınması:* Bazı ülkeler kamu sektörü (Norveç, Danimarka, İrlanda, İngiltere ve Hollanda gibi) kapasitesi ihtiyaçlara anında cevap veremediği için hastalar tedavi için yurtdışına göndermeyi tercih etmektedir. Bu stratejinin çok maliyetli olduğu ve genel bekleme süreleri üzerinde önemli bir etkisi olmadığı söylenebilir.
- *Özel sektörden kapasite alınması:* Diğer bir kısa vadeli strateji ise özel sektörden kapasite almayı içerir. İngiliz hükümeti, özel sektör sözleşmelerinde bekleme azaltma stratejisinin önemli bir unsuru olarak kullanılmaktadır (Willcox vd., 2007: 1082).

c. Mevcut kapasiteyi daha verimli kullanmak:

Kötü tasarlanmış sistemlerin çok zaman ve kaynakları boşa harcayabileceğine dair kanıtlar göz önüne alındığında, bu tür sistemlerin yeniden yapılması, bekleme sürelerinin azaltmak için oldukça istenilen bir yöntem gibi görünmektedir. Bekleme sürelerinin azaltılması için bazı potansiyel çözümler arasında havuzlama bekleme listeleri, hasta yolculuğunu kolaylaştırılması, hizmetleri birleştirilmesi (örneğin, seçmeli tedavi acil ameliyattan ayırma veya bağımsız klinikler oluşturması), sağlık uzmanlarının uygulama kapsamını en üst düzeye olması gibi çözümler kullanılabilir (Willcox vd., 2007: 1083). Bu strateji üç alt stratejiye ayrılmıştır:

Hastaların seçim yoluyla yeniden dağıtılması: Kapasite ve talebi eşleştirmekte nispeten yaygın bir stratejinin, daha kısa bekleme listelerine sahip olanları seçecekleri varsayımıyla hastalara sağlayan seçmi vermesidir. Danimarka'da bu politika ana bir politika sayılmaktadır, hastalara sağlık hizmet sağlayanın seçimi sunulabilmektedir (Siciliana, Moranb ve Borowitz, 2014: 300).

1- Talep tarafı stratejileri

Bu stratejinin amacı, talebi azaltarak bekleme sürelerini ortadan kaldırmaktır, ancak tedaviden ihtiyacı olan veya tedaviden fayda görebilecek hasta sayısını değiştirmek zordur. En belirgin talep tarafı stratejileri, tedavi ihtiyacını veya arzusunu azaltmaz, ancak tedaviye uygun hasta sayısını mevcut arz ile eşleştirecek şekilde ayarlar. Başka bir deyişle, Talep tarafı stratejileri, önceliğe göre rasyonla sıraya alarak rasyon yerine

geçiyorlar. Yeni Zelanda, 1996 yılında, en fazla ihtiyaç ve yararı olan hastalara öncelik vermek üzere tasarlanan Klinik Öncelikli Değerlendirme Kriterleri'nin (Clinical Priority Assessment Criteria (CPAC)) sunulmasından bu yana öncelik belirleme mekanizmalarının geliştirilmesine ve uygulanmasına öncülük etmiştir (Willcox ve diğ., 2007: 1081).

2- Yerel kurumları etkilemeye yönelik küresel stratejiler:

Bu strateji, hedefleri karşılamak için net teşvikler ile desteklenen ulusal bekleme süresi hedeflerini belirlemeyi içerir. Hedef belirleme ve uygulama, bekleme sürelerini azaltmak için güçlü bir politika aracı olarak ortaya çıkmıştır. Yukarıdaki stratejiler, seçmeli bekleme süreleri ile mücadele için temel politika seçeneklerini gözden geçirmiştir. Bir hükümetin bekleme sürelerini azaltma konusunda ciddi olduğu durumlarda, gerekli olan çabayı ve kaynakları iyi organize edilmelidir, merkezi olarak yönetilen bir stratejiye taahhüt etmelidir.

Hükümetlerin Beş Ülkede Bekleme Sürelerini Azaltma Politikaları ve Kamu Taahhütleri, 2000–2005 (Willcox ve diğ., 2007: 1079):

- Avustralya

Kamu hastanesi hizmetlerine erişim klinik ihtiyaçlara ve klinik olarak uygun bir süre içinde yapılmalıdır, ancak hiçbir hedef yoktur. Özel bir federal hükümet finansmanı yok.

- Kanada

Beş bakım türü için bekleme sürelerinin kıstaslarını belirleme anlaşmasını içeren geniş on yıllık strateji; çok yıllık hedefler oluşturmak; öncelikli alanlarda erişimi geliştirmek için stratejiler uygulamak; ve bekleme sürelerini halka rapor edilmek. Hükümet bütçe taahhütleri, federal Bekleme Süreleri Azaltma Fonu aracılığıyla 2004'ten itibaren altı yıl boyunca 3.8 milyar dolar ve ayrıca birçok il ve bölge tarafından finanse edildi.

Federal Wait Times Azaltma Fonu aracılığıyla 2004'ten altı yıl boyunca 3.8 milyar dolar, artı birçok il ve bölge tarafından finanse edildi.

- İngiltere

Odaklanılan hasta hizmetleri için bekleme sürelerinin azaltılması ve açık hedeflerle ilk ayakta hasta atanması; Aralık 2005'ten itibaren hastane ayakta tedavi randevusu için en

az dört tedarikçinin seçimi ile daha fazla hasta seçimine büyük önem verildi. Toplam hastane finansmanı 2000-2001 döneminde 55 milyar dolardan 2005-2006'da 94 milyar dolara ulaştı; finansman yerine performans hedeflerine odaklandı.

- Yeni Zelanda

Hükümet hedefleri, hizmetlere ulusal erişim hakkının adalet bir şekilde olması, ilk uzmanlık ataması ve seçmeli ameliyat için maksimum bekleme sürelerini belirtmesi içerir; Ayrıca, kamu tarafından finanse edilen hizmetleri, hastaların sıkıntı, sağlıksızlık veya yetersizlik durumuna ulaşamayacak düzeyde sunma taahhüdü de sağlamaktadır.

Hükümet bütçe taahhütleri, seçmeli cerrahi için 2002-2003 yıllarında yıllık 342 milyon doları, ortopedi ameliyatı için 2004-2005'te 20.9 milyon dolar; 2007-2008'e kadar yıllık 48.7 milyon dolar artılması; ve katarakt ameliyatı için 2005-2006'dan itibaren 3 yılda 11.8 milyon dolar tutarında finansman ayırmaktadır.

- Galler

2001 planı daha etkili performans yönetimi getirme ihtiyacını vurgulamakta ve bekleme süresi hedeflerini özetlemektedir; 2005 planı, hizmetin yeniden tasarlanması ve üç yıllık stratejik çerçevelere odaklanıyor. Devlet bütçesi taahhütleri 2003-2004'te 71 milyon dolar olan elektif cerrahi için yıllık finansman sağladı ve tesisler için 2004'te 59 milyon dolar açıkladı.

Beş Ülkede Bekleme Süresi Yönetimi Sonuçları (Willcox ve diğ., 2007: 1085):

- Avustralya

2004–2005'Te bekleme listelerinden ameliyat yapmakta kabul edilen tüm hastalar için ulusal bekleme süresinin ortalaması 29 gündü.

- Kanada

Sübjektif olarak bildirilen bekleme sürelerinin ortalaması şunlar:

2003 ve 2005 yıllarında yeni bir hastalık için uzman muayene etmesi için dört hafta sürebildi. 2003 ve 2005 yıllarında acil olmayan teşhis testleri (anjyografi, MR ve BT taramaları) için üç hafta sürdü. 2001, 2003 ve 2005 yıllarında acil olmayan cerrahi için dört hafta sürdü.

- İngiltere

Uzun süredir bekleyen hasta sayısı düşmüştür:

Yatan hasta tedavisi: 2000'de 265.000'den 2005'te 12.000'e tedavi görmek için 6 aydan fazla bekleyen sayı düşmüştür.

Ayakta tedavi: 13 haftadan fazla bekleyen sayı 2000'de 390.000'den 2005'te 40.000'e düşmüştür.

- Yeni Zelanda

Uzun süredir bekleyen hasta sayısı düşmüştür:

İlk uzman değerlendirmesi: 6 aydan fazla bekleyen sayılar 2000'de yaklaşık 45.000'den 2005'te yaklaşık 24.000'e düştü.

Tedavi: 6 aydan fazla bekleyen sayı 2000 yılında 30.000'den 2005 yılında 6.000'e düşmüştür.

- Galler

Bekleyen hasta sayısı:

Poliklinikler: 6 aydan fazla bekleyen hastalar Ekim 2002'deki 83878 hastadan Mart 2004'te 68845 hastaya düştü.

Poliklinikler: 18 aydan fazla olan bekleme sayısı Ekim 2002'de 16641'den Mart 2004'te 6204'e düşmüştür.

Yatan hasta sayısı: 18 aydan fazla olan bekleme sayısı Eylül 2003'te 5964'ten Mart 2004'te 1401'e düşmüştür.

Ülkelerin çoğunluğu, ulusal bekleme sürelerini izlemek ve bir tür ulusal bekleme süreleri bakım garantisine sahip olmaktadır. Mevcut ulusal bekleme süresi istatistikleri, ölçümler ve veri toplamadaki farklılıklar nedeniyle, çeşitli ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini karşılaştırmak için sınırlı bir kullanıma sahip olduğunu görmektedir. Bu karşılaştırmalar, sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi sürecinde yer alan herkes için faydalı olacaktır. Ayrıca, bakımı için sınır ötesi alternatif arayan hastalara da fayda sağlayacaktır (Viberg ve diğ., 2013: 60).

Bekleme süresinin yanı sıra, beklemeye harcanan zamanın kalitesi de hasta memnuniyetini belirler. Araştırmalar broşürlerin (Nelson ve diğ., 1997: 41) veya videoların (Papa ve diğ., 2008: 354) bekleme odalarına getirilmesinin hasta memnuniyetine olumlu bir etkisi olduğunu ve algılanan bekleme süresini azalttığını göstermiştir. Her ne kadar algılanan bekleme süresi, memnuniyetin en güçlü öngörüsü olsa da, bekleme odasında video hasta memnuniyetini artırabilecek bir araç olarak görmektedir (Papa ve diğ., 2008: 354). Bir çalışma, sağlık hizmeti personallerinin, hastalara randevu zamanının tahsis edilmesine yardımcı olmak için bilgisayar simülasyonunun uygulanması ve acil ilgi gerektiren hastaları ayırmak için triyaj

sisteminin kullanılması gibi bekleme sürelerinin azaltılabileceği çeşitli yollar konusunda eğitime ihtiyaç duymaları gerektiğini önermektedir (Oche ve Adamu, 2013: 592).

Bekleme odaları, özellikle klinik bakımdan önce ve sonra hastalar, aileler ve bakıcılar için alanlardır. Bunun için, değişiklik ve iyileştirmeler de dahil olmak üzere bekleme odasının tasarımına özel dikkat gösterilmelidir. Mümkünse bekleme odası doğal ışığa erişimle iyi aydınlatılmalıdır. Bekleme odaları, giriş ve çıkışların engellenmeden manzarasını sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Sandalyeler rahat, kolay temizlenebilir ve sağlam olmalıdır. Televizyon ve videoların kullanımı dahil olmak üzere bekleme odasında biraz rahatsızlık verebilecek multimedya aktivitelerine önem verilmelidir. Bir mobil cihaz şarj istasyonunun sağlanmasına da dikkat edilmelidir (NSW Government Health policy, 2018: 2).

BÖLÜM 4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma yöntemine ilişkin bilgiler, evren ve örneklem, veri toplama aracı, veri toplama süreci, ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, araştırma kısıtları, araştırma modeli ve hipotezlerine yer verilmektedir.

3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın ana kütlesini Filistin’de faaliyette bulunan Al Shifa Tıp Kompleksi, Nasır Tıp Kompleksi, El Aqsa Şehitler Hastanesi, Avrupa Hastanesi, Endonezya Hastanesi, Göz Hastanesi ve Mohammed Yousef Al Najjar Hastanesi’nde ayakta tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Buna göre çalışmanın ana kütlesi bu hastanelerden 2019 yılında hizmet alan 469.263 hasta poliklinik hastası oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde literatürde belirtilen kriterle dikkate alınmıştır. Buna göre örneklem büyüklüğünün 30-500 arasında olması pek çok araştırma için uygundur. Örneklem alt gruplara ayrılıyorsa her alt grupta en az 30 gözlem olması yeterlidir. Regresyon dahil, çok değişkenli analizler için örneklem sayısının değişken sayısının en az 10 katı olması uygundur (Coşkun vd., 2017: 143-144). Ayrıca örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde istatistiksel olarak hesaplama yöntemlerinden de yararlanılmaktadır. Bu çalışmada da bu amaçla geliştirilmiş bir formülden yararlanılmıştır (Karagöz, 2014: 152).

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}^1$$
$$n = \frac{469263 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(469263 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$
$$n = \frac{450680,185}{1174,115} = 383,847 \cong 384$$

Yukarıdaki hesaplamaya göre %95 güven düzeyinde ana kütleyi temsil edecek örnek büyüklüğü 384’tür. Çalışmada 403 poliklinik hastasından veri toplanmıştır. Ancak,

¹ Formülde;

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemesi sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

yapılan analiz neticesinde 7 hastadan elde edilen verilerin kullanılması uygun bulunmadığından çalışma 396 hastadan elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada önemli hususlardan biri de seçilen örneğin ana kütleyi temsil edecek özelliklere sahip olmasıdır. Bu amaçla çalışmada örneklem seçiminde olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemine uygun olarak seçilen örneğin dağılımı Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Sağlık Kuruluşlarına Göre Örneklem Büyüklüğü

Hastane	Poliklinik Sayısı	Gerekli Örnek Büyüklüğü	Ulaşılan Örnek	Çalışılan Örnek
Al Shifa Medical Complex	166551	136	142	141
Nasser Medical Complex	73423	60	63	60
European Hospital	78487	64	67	66
AlAqsa Martyrs Hospital	36636	30	32	32
Indonesian Hospital	42396	35	37	37
Eyes Hospital	53137	44	46	44
Yousef Al Najjar Hospital	18633	15	16	16
Toplam	469263	384	403	396

3.2. Veri Toplama Aracı

Çalışmada üç farklı ölçek ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket Filistin’de uygulandığı için Arapça formu ve Türk araştırmacılara katkı sağlamak amacıyla da Türkçe formu oluşturulmuştur (Ek-1 ve Ek-2). Anket hakkında kısa bilgi aşağıda yer almaktadır:

Sosyo-Demografik Özellikler: Dört sorudan oluşan bu bölümde katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yaşlarına ilişkin sorular bulunmaktadır.

Hasta Bakış Açısından Kalite Ölçeği (The short form of the Quality From the Patient’s Perspective - QPP): Hastaneden hizmet alan hastaların kalite algısını ölçmek amacıyla Larsson ve Larsson (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin Arapça versiyonundan elde edilen verilerden yararlanılarak bu tez kapsamında geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Tıbbi-teknik yeterlilik- Medical-technical competence (1- 4. İfadeler), Fiziksel-teknik koşullar- Physical-technical conditions (5. İfade), Sosyo-kültürel atmosfer- Sociocultural atmosphere (6-17. İfadeler) ve Kimlik odaklı yaklaşım- Identity-oriented approach (18-22. İfadeler) boyutlarından oluşan ölçek 22 ifadeden oluşmaktadır.

Hasta Memnuniyeti Ölçeği kısa formunu (the Patient Satisfaction Questionnaire short-form-PSQ): Ölçek, Marshall ve Hays (1994) tarafından geliştirilmiş ve toplanan Arapça veriler üzerinde bu tez kapsamında da geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçek, Genel memnuniyet- General satisfaction (3 ve 17. İfadeler), Teknik kalite- Technical quality (2, 4, 6 ve 14. İfadeler), Kişilerarası tutum- Interpersonal manner (10 ve 11. İfadeler), İletişim-Communication (1 ve 13. ifadeler), Finansal durumlar- Financial aspects (5 ve 7. İfadeler), Doktor ile geçirilen zaman- Time spent with doctor (12 ve 15. İfadeler) ve Erişilebilirlik ve uygunluk- Accessibility and convenience (8, 9, 16 ve 18. İfadeler) boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin 4, 7, 9, 10, 12-14, 16 ve 17. İfadeleri olumsuz olduğundan analiz sürecinde ters çevrilerek analiz edilmiştir.

Ziyarete Özel Memnuniyet Ölçeği (the Visit-Specific Satisfaction Questionnaire - VSQ): Rubin ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen ölçeğin bu tez kapsamında Arapça versiyonundan toplanan veriler kullanılarak geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Dokuz ifadeden oluşan ölçek tek boyuttan oluşmaktadır.

Çalışmada kullanılan ölçekler Likert yapıda “1- Kesinlikle Katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılıyorum 5- Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci örneklerin belirlenmesi ve öncelikle Türkiye’de kullanımını sağlamak amacıyla Türkçe çevirisi yapılarak başlamıştır. Araştırmanın Filistin’de yapılmasına karar verildikten sonra, Arapça çevirisi yapılmıştır. Arapça çevirisi yapıldıktan sonra anadili Arapça olan ve halen Birleşik Krallık’ta akademisyen olarak görev yapan bir araştırmacı tarafından tercümenin kontrolü ve yeniden İngilizceye çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin Arapça tercümesi ilgili akademisyen tarafından onaylandığı ve İngilizce çevirisi orijinal ölçeğe uygunluk gösterdiği için çalışmanın Arapça versiyonunun kullanılmasına karar verildi.

Filistin Ulusal Kurumu Sağlık Bakanlığı, İnsan Kaynakları Geliştirme Genel Müdürlüğü’nden çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna ve uygulanabileceğine dair 02/03/2019 tarihli yazıları ile izin alınmıştır (Ek-3). Araştırma alınan izne uygun olarak Shifa Tıp Kompleksi, Nasır Tıp Kompleksi, El Aqsa Şehitler Hastanesi, Avrupa

Hastanesi, Endonezya Hastanesi, Göz Hastanesi ve Mohammed Yousef Al Najjar Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında anket uygulaması, 10 Nisan-30 Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte, toplam 403 anket elde edilmiştir. Ancak 396 geçerli anket kullanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Kısıtları:

Çalışmanın en önemli kısıtı, sadece Gazze ilçesine bağlı Al Shifa Tıp Kompleksi, Nasır Tıp Kompleksi, El Aqsa Şehitler Hastanesi, Avrupa Hastanesi, Endonezya Hastanesi, Göz Hastanesi ve Mohammed Yousef Al Najjar Hastanesi'ndeki ayakta tedavi gören hastalarını kapsamasıdır. Araştırmanın diğer önemli bir kısıtı ise sadece kamuya ait 7 hastanede uygulandığından özel ve diğer kamu sektörü örgütlerine genellenememesidir. Ayrıca, çalışma yapılacak zaman sınırlı olması ve maddi imkânların yeterli olmaması nedeniyle çalışma örnekleminin daha fazla genişletilmesi yapılamamıştır. Bu haliyle çalışma tüm Filistin nüfusuna genellenemez.

3.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Sonuçların tutarlılık derecesine güvenilirlik denir ve bir çalışmanın sonuçlarının benzer bir metodoloji altında yeniden üretilebilmesi durumunda, araştırma aracının güvenilir olduğu kabul edilir (Lakshmi ve Akbar Mohideen, 2013: 2753; Shenton, 2004: 71). Çalışmada güvenilirlik Cronbach Alpha katsayısı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Cronbach Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında yer alan bir katsayıdır ve değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artmaktadır (Streiner, 2003: 102). Bu çalışmada kullanılan Hastanın Algısı Kalitesi Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,979; Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,932 ve Ziyarete Özel Memnuniyet Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,888 bulunmuştur. Yukarıdaki bulgulara göre ölçek güvenilirlik için gerekli koşullara sahiptir.

Geçerlilik, araştırma bileşenleri ile ilgilidir ve neyi ölçmek istediğini ölçmektedir (Drost, 2011: 114). Ölçeğin geçerliliğini ölçmek amacıyla önce keşfedici daha sonra doğrulayıcı faktör analizi kullanmıştır. Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu, 0,964 bulunmuştur. KMO 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. KMO faktör analizinin uygunluğunu gösteren bir indistir (Coşkun vd. 2017: 274) ve ne kadar büyük olursa o kadar iyi olur (Cerny ve Kaiser, 1977: 44).

Bartlett'in Küresellik Testinin $p < 0,05$ olması durumunda önemli olduğu düşünülmelidir (Constantin, 2014: 27). Bu çalışmada faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Bartlett küresellik testi sonucu anlamlıdır ($p = 0,000$). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, verilerin faktör analizi için uygun olduğunu belirtmektedir (Tablo 2).

Hasta Perspektifinden Kalite (QPP) ölçeğine ilişkin yapılan faktör analizi sonucunda, orijinal halinde olduğu gibi, ölçek 4 boyuta ayrılmıştır. Ölçeğin toplam açıklayıcı varyansı %81,366'dır. Ayrıca, ölçeği oluşturan boyutların tamamının özdeğeri 1'in üzerinde çıkmıştır. Özdeğerin 1 ve üzerinde olması faktörlerin uygunluğunu göstermektedir (Coşkun vd., 2017: 280).

QPP faktör analizindeki açıklanan varyansa bakıldığında en yüksek olan boyutun Birey odaklı yaklaşım boyutu bulunmaktadır. Açıklanan varyansın % 37,676'sını oluşturan bu boyutun altında 12 ifade yer almaktadır. “Doktorlar, beni muayene etmek için özen gösterdiler.” (0,787), “Hemşireler bana saygı gösteriyor.” (0,784) ve “Doktorların benim acılarımı nasıl karşılaştığını anladıklarını görünüyor.” (0,781) ifadeleri faktör yükü itibariye bu boyutun üç temel değişkeni olarak gösterilmektedir.

QPP ölçeğinin ikinci boyutunu oluşturan Sosyokültürel atmosfer boyutunun açıklanan varyansın % 22,101'dir. Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri itibariyle “Akrabalarım ve arkadaşlarım iyi tedavi edildi.” (0,807) ve “Sağlık bakımım, sağlık personel prosedürden daha fazla kendi ihtiyaç ve gereksinimlerime dayanıyor.” (0,802) ifadeleri bu boyutun iki majör ifadesi olarak kabul edilebilir.

QPP'nin üçüncü boyutu Tıbbi-teknik yeterlilik'tir. Bu boyut 4 ifadesinden oluşmaktadır, açıklanan varyansın % 16,192'sini açıklamaktadır. “Mümkün olan en iyi fiziksel bakımı alıyorum.” (0,762) ve “Etkili ağrı kesici alıyorum” (0,760) ifadeleri en yüksek iki faktör yükünü almaktadır.

Ölçeğin son boyutu tek ifadeden oluşan Fiziksel-teknik koşullar boyutudur. Bu boyut toplam açıklanan varyansın %6,398'ini taşımaktadır.

Tablo 2: Hasta Perspektifinden Kalite Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,965		
Approx. Chi-Square		10598,979		
Bartlett's Test of Sphericity		210		
Sig.		0,000		
Açıklanan Toplam Varyans	%81,366	Cronbach Alpha		0,979
Boyutlar/İfadeler		Faktör yükü	Açıklanan varyans	Cronbach Alpha
Birey odaklı yaklaşım (Özdeğer= 8,289)			37,676	0,978
Doktorlar, beni muayene etmek için özen gösterdiler.		0,787		
Hemşireler bana saygı gösteriyor.		0,784		
Doktorların benim acılarımı nasıl karşılaştığımı anladıklarını görüyorum.		0,781		
Hemşireler ve asistan hemşirelerin benim acılarımı nasıl karşılaştığımı anladıklarını görüyorum.		0,775		
Doktorlar bana saygı gösteriyor.		0,774		
Hemşireler ve yardımcı hemşireler beni önemsiyorlardı.		0,769		
Tedaviye başlamadan önce muayenelerin ve tedavilerin nasıl yapılacağı hakkında bilgi ve açıklama alıyorum.		0,760		
Tıbbi bakımımdan hangi doktorların sorumlu olduğu hakkında bilgiler alıyorum.		0,756		
Muayene ve tedavilerdeki sonuçlar hakkında bilgiler alıyorum.		0,749		
Tıbbi bakımımdan hangi hemşirelerin sorumlu olduğu hakkında bilgiler alıyorum.		0,744		
Bakımla ilgili kararlara katılmak için iyi bir fırsatım oldu.		0,703		
Kişisel bakım hakkında yararlı bilgiler alıyorum.		0,680		
Sosyokültürel atmosfer (Özdeğer=4,862)			22,101	0,958
Akrabalarım ve arkadaşlarım iyi tedavi edildi.		0,807		
Sağlık bakımım, sağlık personel prosedürden daha fazla kendi ihtiyaç ve gereksinimlerime dayanıyor.		0,802		
Departmanlarda hoş bir ortam var.		0,798		
Sağlık durumum hakkında bilgi almak istediğimde doktorlarla özel olarak konuşabiliyorum.		0,763		
Sağlık durumum hakkında bilgi almak istediğimde hemşirelerle özel olarak konuşabiliyorum.		0,761		
Tıbbi-teknik yeterlilik (Özdeğer=3,562)			16,192	0,893
Mümkün olan en iyi fiziksel bakımı alıyorum.		0,762		
Etkili ağrı kesici alıyorum.		0,760		
Mümkün olan en iyi tıbbi bakımı alıyorum.		0,754		
Kabul edilebilir bekleme süreleri içerisinde muayeneler ve tedaviler alırım / görüyorum.		0,754		
Fiziksel-teknik koşullar (Özdeğer=1,408)			6,398	-
Tıbbi bakımım için gerekli olan cihaz ve araç gerece erişebilirim		0,877		

Fiziksel-teknik koşullar tek ifadede oluşması sebebiyle hata verdiği için AMOS programında doğrulayıcı faktör analizinde kullanılmamıştır.

Tablo 3’de görüldüğü gibi, Hasta Memnuniyeti (SPQ) Ölçeğinin KMO değeri 0,906’dır ve ölçeğin Bartlett küresellik testi anlamlıdır. Ölçeğin faktörleri, orijinal haline uygun

olarak yedi boyutta toplanmıştır. Ölçeğin açıklanan toplam varyansı % 82,366'dır. Ölçeği oluşturan 7 boyutta da özdeğer 1'in üzerindedir. Buna göre ölçeğin faktörleri uygun dağılmıştır.

Faktör analizi neticesinde, toplam varyans içinde en yüksek olan boyut, Teknik kalite boyutudur. Toplam varyansın % 15,260'ını açıklayan bu boyutta 4 ifade yer almaktadır. Bu ifadelerden; "Bazen doktorlar teşhislerinin doğru olup olmadığını merak ediyorum." (0,790), ifadesi en büyük faktör yükü olarak görülmektedir.

Ölçeğin ikinci boyutunu Erişilebilirlik ve uygunluk boyutu oluşturmaktadır. Bu boyut, toplam varyansın % 14,684'ünü açıklamaktadır. Bu boyut 4 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükü itibarıyla "Tıbbi bakım aldığım yerde insanlar acil tedavi için çok uzun süre beklemek zorundalar." (0,828) ifadesinin en önemli ifadesi olduğu söylenebilir.

Ölçeğin üçüncü faktörünü toplam varyansın % 12,336'sını açıklayan Doktorla geçirilen zaman boyutudur. Bu boyut 2 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta en yüksek faktör yükü "Doktorlar bazen beni tedavi ederken çok acele ediyorlar." (0,815) ifadesine aittir.

Ölçeğin dördüncü boyutu Genel memnuniyet'tir. Bu boyut 2 ifadesinden oluşmaktadır ve açıklanan varyansın % 10,172'sini açıklamaktadır. "Aldığım bazı tıbbi bakımdan memnun değilim." (0,860) ifadesi en çok faktör yükünü ortaya çıkarmaktadır.

Ölçeğin beşinci faktörünü toplam varyansın % 10,138'ini açıklayan Finansal durum boyutudur. 2 ifadeden oluşan bu boyutta en yüksek faktör yükü "Finansal olarak ayarlamadan ihtiyacım olan tıbbi bakımı alabilirim." (0,825) ifadesinde bulunmaktadır.

Ölçeğin altıncı boyutunu toplam varyansın % 9,413'ünü açıklayan Kişilerarası tutum boyutudur. Bu boyut 2 ifadeden oluşmaktadır ve boyutun en yüksek faktör yükünü "Doktorlar tedavi edildiğimde meşgul gibi davranıyorlar." (0,823) ifadesi oluşturmaktadır.

SPQ' nin son boyutunu faktör yükünün % 8,229'unu açıklayan İletişim boyutu oluşturmaktadır. 2 ifadesinden oluşan bu boyutta en yüksek faktör yükünü, "Doktorlar tıbbi testlerin nedenini iyi açıklıyorlar." (0,763) ifadesi oluşturmaktadır.

Tablo 3: Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,906		
Approx. Chi-Square		4393,737		
Bartlett's Test of Sphericity	df	153,000		
	Sig.	0,000		
Açıklanan Toplam Varyans	% 82,366	Cronbach Alpha		0,932
Boyutlar/İfadeler		Faktör yükü	Açıklanan varyans	Cronbach Alpha
Teknik kalite (Özdeğer=2,747)			15,260	0,877
Bazen doktorlar teşhislerinin doğru olup olmadığını merak ediyorum.	0,790			
Bazen beni tedavi eden doktorun yeteneklerine güvenmiyorum.	0,728			
Doktorlar tıbbi bakım için kendilerine gittiğimde tedavime ve muayeneme önem veriyor.	0,700			
Doktor ofisinde tıbbi bakım sağlamak için gerekli olan şeylere sahiptir.	0,620			
Erişilebilirlik ve uygunluk (Özdeğer=2,643)			14,684	0,817
Tıbbi bakım aldığım yerde insanlar acil tedavi için çok uzun süre beklemek zorundalar.	0,828			
Derhal tıbbi bakım için randevu almayı zor buluyorum.	0,805			
İhtiyacım olduğunda tıbbi bakım alabiliyorum.	0,659			
İstedğim uzman doktorlara kolayca ulaşabilirim.	0,647			
Doktorla geçirilen zaman (Özdeğer=2,220)			12,336	0,845
Doktorlar bazen beni tedavi ederken çok acele ediyorlar.	0,815			
Doktorlar genellikle benimle çok fazla zaman geçirir.	0,813			
Genel memnuniyet (Özdeğer=1,831)			10,172	0,902
Aldığım bazı tıbbi bakımdan memnun değilim.	0,860			
Mükemmel tıbbi bakım alıyorum / görüyorum.	0,808			
Finansal durum (Özdeğer=1,825)			10,138	0,867
Finansal olarak ayarlamadan ihtiyacım olan tıbbi bakımı alabilirim.	0,825			
Tıbbi bakım için karşılayabileceğimden daha fazla ödemek zorundayım.	0,809			
Kişilerarası tutum (Özdeğer=1,694)			9,413	0,837
Doktorlar tedavi edildiğimde meşgul gibi davranıyorlar.	0,823			
Doktorlarım bana çok samimi ve kibar davranıyorlar.	0,793			
İletişim (Özdeğer=1,481)			8,229	
Doktorlar tıbbi testlerin nedenini iyi açıklıyorlar.	0,763			0,691
Doktorlar bazen onlara söylediklerimi önemsemiyorlar.	0,732			

Muayeneye Özgü Memnuniyet ölçeğine (VSQ) yönelik faktör analizinde ölçeğin orijinal haline uygun olarak ifadelerin tek boyut altında toplandığı görülmektedir. Ölçeğin KMO değeri 0,879 ve Bartlett küresellik testi anlamlıdır. Ölçeğin açıklanan toplam varyans % 56,418 bulunmuştur. Bu boyutun altında 9 ifade yer almaktadır. VSQ faktör analizindeki faktör yüklerine incelendiğinde en yüksek olan faktör yükü

“Gördüğünüz hekim/sağlık uzmanıyla geçirdiğiniz zaman hakkındaki değerlendirmeniz nedir?” (0,789 göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Muayeneye Özgü Memnuniyet Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,879		
Approx. Chi-Square			1607,445		
Bartlett's Test of Sphericity			28		
df			0,000		
Sig.			4,513		
Açıklanan Varyans	Toplam	% 56,418	Cronbach Alpha	0,888	Özdeğer
İfadeler					Faktör yükü
Gördüğünüz hekim / sağlık uzmanıyla geçirdiğiniz zaman hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					0,789
Sizin için neler yapıldığının açıklaması hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					0,782
Gördüğünüz hekim / sağlık uzmanının teknik becerileri titizlik, dikkat, yetkinlik gibi hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					0,762
Genel olarak ziyarete ilişkin değerlendirmeniz nedir?					0,757
Randevu almak için beklediğiniz süre hakkında değerlendirin.					0,744
Hastanede bekleme süresi hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					0,739
Sağlık kuruluşunda görüştüğünüz kişinin kişisel tarzı nezaket, saygı, hassasiyet, samimiyet gibi konular hakkındaki değerlendirmeleriniz					0,709
Hastane yerinin uygunluğu hakkında değerlendiriniz					0,682
Telefonla randevu imkanı hakkındaki değerlendirmeleriniz					0,633

Çalışmada keşfedici faktör analizi yapıldıktan sonra doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Tablo 5’de görüldüğü gibi çalışmada kullanılan üç ölçeğin DFA sonuçlarına ilişkin uyum iyilikleri gerekli koşulları sağlamaktadır.

Tablo 5: Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum	PPQ	PSQ	VSQ
Ki-kare (CMIN)	Minimum	Minimum	420,050	305,662	31,978
DF	-	-	176	112	12
CMIN/DF	$X^2/DF \leq 3$	$X^2/DF \leq 5$	2,387	2,729	2,665
P			0,000	0,000	0,001
RMR	$0,05 \leq RMR \leq 0,08$	$0,05 < RMR$	0,022	0,033	0,026
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI \leq 1$	0,904	0,912	0,981
AGFI	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI \leq 1$	0,874	0,866	0,944
NFI	$0,90 \leq NFI < 0,95$	$0,95 \leq NFI$	0,961	0,932	0,980
IFI	$0,90 \leq IFI < 0,95$	$0,95 \leq IFI$	0,977	0,956	0,988
TLI (NNFI)	$0,90 \leq NNFI < 0,95$	$0,95 \leq NNFI$	0,973	0,939	0,971
CFI	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI$	0,977	0,955	0,987
RMSEA	$0,05 < RMSEA < 0,08$	$0,05 \leq RMSEA$	0,059	0,066	0,065

Kaynak: Karagöz, 2017:462-465

3.6. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Hasta memnuniyetinin, yüksek seviyede kaliteli bir hizmet elde etmek isteyen sağlık kuruluşlarının önceliği olduğu anlaşılmaktadır. Andaleeb'in çalışması (2001: 1359), hastalar için önemli olan hizmet kalitesi faktörlerini tanımlamakta ve kalite algılarının birinin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya eğilimi üzerinde güçlü bir etkisi olduğu gerçeğini göstermektedir. Ayrıca algılanan hizmet kalitesinin boyutları ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bekleme süresi, sağlık endüstrisi için müşteri memnuniyetinin ve hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir faktördür. Kabaroğlu ve arkadaşları (2013: 88)'nın çalışmasından, elde edilen sonuç yorumlandığında hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerden bekleme süreleri görülmektedir ve gerçek ya da algılanan bekleme süresi, her iki türdeki bekleme süresinin artması memnuniyeti etkilemektedir. Polikliniklerinde uzun bekleme süreleri, sağlık hizmet kalitesini en üst düzeye çıkarmak için büyük bir zorluk yaratmaktadır (McCarthy, 2000: 287).

Müşteri memnuniyeti birçok kamu hizmetinde kalitenin ölçüsü olarak yaygın bir şekilde tanınmıştır (Williams, 1994: 509). Hizmet sektöründe kalitenin göstergesi müşteri memnuniyeti olduğuna göre sağlık sektöründeki de hasta memnuniyeti ile ifade edilebilmektedir (Apay, 2009: 242). Ayrıca hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ve yasal gerekliliklerin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir ve sağlık hizmetleri için önemli bir sonuç ölçütü olarak kabul edilmektedir (Wazir vd., 2018: 24). Dolayısıyla günümüzde, sağlık kurumları hasta memnuniyetini öncelik vermek zorundadır. Dolayısıyla, hasta memnuniyeti çalışmaları, kaliteli tıbbi bakım sağlama veya verilen tıbbi bakımı ölçme açısından büyük öneme sahiptir (Kabaroğlu vd., 2013: 87).

Hasta memnuniyetinin, yüksek seviyede kaliteli bir hizmet elde etmek isteyen sağlık kuruluşlarının önceliği olduğu anlaşılmaktadır. Andaleeb (2001: 1359) çalışması, hastalar için önemli olan hizmet kalitesi faktörlerini tanımlamakta ve kalite algılarının birinin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya eğilimi üzerinde güçlü bir etkisi olduğu gerçeğini göstermektedir. Ayrıca algılanan hizmet kalitesinin boyutları ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bilgiler ışığında aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

Hasta memnuniyeti ile ilgili en sık tespit edilen faktörler sağlanan bilginin miktarı ve türü, bekleme süreleri ve gecikmeleri, hizmet vericinin becerileri ve hastaların kaygısıdır (Hawkins vd., 2012: 373-374). Önceki çalışmalar ampirik olarak birinci basamak ortamlarında hastanın bekleme süresi ile hasta memnuniyeti arasındaki bağlantıyı araştırmıştır (Jaklič vd., 2018: 497). İspanya Ulusal Sağlık Sistemi (SNHS) Yıllık Raporunda, bekleme sürelerinin artmasının, kullanıcıların sağlık bakım sistemine güvensizliğine sebep olduğunu ve bu durumun memnuniyet düzeylerine açıkça yansıdığını belirtmektedir (SNHS, 2011, 2014). Bu bilgiler ışığında aşağıda ki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Hasta perspektifinden kalite, muayeneye özgü memnuniyet ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki vardır.

H₂: Hasta perspektifinden kalite, muayeneye özgü memnuniyeti etkiler.

H₃: Hasta perspektifinden kalite, hasta memnuniyetini etkiler.

H₄: Muayeneye özgü memnuniyet, hasta memnuniyetini etkiler.

H₅: Hasta perspektifinden kalitenin hasta memnuniyetine etkisinde muayeneye özgü memnuniyetin aracı rolü vardır.

Sağlık hizmeti verilirken, sağlık hizmeti alan kişilerin insan olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. İnsanlığın doğası gereği, her bireyin diğerinden farklı özellikleri vardır. Dolayısıyla, hizmet alıcısının yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerinin dikkate alınması hastanın memnuniyetini olumlu yönde etkileyecektir.

Hizmet kalitesi algılarının önemli ölçüde cinsiyet ile ilişkili olduğu görülmüştür; ama yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek türü ve gelir gibi diğer sosyo-demografik özellikler hizmet kalitesi algısı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu bulunmamıştır (Rahim, 2018: 71).

Khan ve arkadaşları çalışması, cinsiyet, yaş, medeni durum ve etnik köken gibi değişkenlerin hastanın memnuniyetini önemli ölçüde etkilemediğini göstermiştir. Ancak sadece eğitimde ve klinik türünde hasta memnuniyetinde anlamlı farklılık göstermiştir (Khan vd., 2018: 1154).

Oche ve Adamu (2013: 591) tarafından yapılan bir çalışmada cinsiyetin bekleme sürelerini algılamada fark oluşturduğu gözlenmiştir. Çalışmada yaş ve eğitim gibi diğer sosyo-demografik özelliklerin bekleme süresi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Bu bilgiler ışığında aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H_{6a}: Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre hasta perspektifinden kalite algısında fark vardır.

H_{6b}: Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre hasta memnuniyetinde fark vardır.

H_{6c}: Hastanın sosyo-demografik özelliklerine muayeneye özgü memnuniyette fark vardır.



BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular sunulmaktadır. Öncelikle katılımcıların sosya demografik özellikleri ve hizmet kullanımına ilişkin bulgular daha sonra hipotez testlerinin sonuçları verilmektedir.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılanların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, hizmet aldığı sağlık kurumu, ikamet yeri, hastaneye başvuru sayısı, randevu süresi, hizmet alma süresi ve bekleme süresinden oluşan değişkenlere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Katılımcılardan bazıları yaş ve eğitim durumu gibi bazı konularda soruları cevaplamak istememiştir. Bu yönde görüş bildirmek istemeyen katılımcılar, cevap vermesi için zorlanmamıştır.

Tablo 6’da görüldüğü gibi, katılımcıların 230’u (%58,1) kadın ve 166’sı (%41,9) erkektir. Buna göre, çalışmada kadınların katılımı erkeklerden daha fazladır. Ayrıca katılımcıların medeni duruma göre 311’inin (%78,5) evli, 85’inin ise (%21,5) bekâr olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyine göre dağılım incelendiğinde katılımcıların 194 (%49,1)’ü lise ve altında, 57 (%14,4)’si ön lisans, 130 (%32,9)’u lisans ve 14 (%3,5)’ü lisansüstü eğitim almıştır. Bu çalışmada katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımında ön lisans mezunlarının en çok, lisansüstü mezunların ise en az sayıda olduğu bulunmaktadır.

Katılımcıların yaş dağılımlarına göre, 80 (%20,6) kişi ≤ 25 , 118 (%30,4) kişi 26-35 yaş grubunda, 92 (%23,7) kişi 36-45 yaş grubunda, 46 kişi (%11,9) 46-55 yaş grubunda ve 52 (%13,4) kişi ≥ 56 yaş grubundadır.

Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	166	41,9
	Kadın	230	58,1
	Toplam	396	100,0
Medeniyet	Evli	311	78,5
	Bekar	85	21,5
	Toplam	396	100,0
Eğitim durumu	Lise ve altı	194	49,1
	Önlisans	57	14,4
	Lisans	130	32,9
	Lisansüstü	14	3,5
	Toplam	395	100,0
Yaş	≤25	80	20,6
	26-35	118	30,4
	36-45	92	23,7
	46-55	46	11,9
	≥56	52	13,4
	Toplam	388	100,0

4.2. Tanımlayıcı İstatistiklere İlişkin Bulgular

Tablo 7’de katılımcıların hasta perspektifinden kalite, hasta memnuniyeti ve muayeneye özgü memnuniyete ilişkin katılım ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği katılımcılar genel olarak orta düzeyde katılım göstermektedir. Başka bir ifade ile hastanenin hizmetlerini orta düzeyde kaliteli bulmakta ve hem muayeneye özgü memnuniyet düzeyi, hem de hasta memnuniyeti orta düzeydedir. Benzer Durum ölçeklerin alt boyutları için de gereklidir.

Tablo 7: Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

	Ort.	S.S.
Hasta perspektifinden kalite	3,48	0,834
Tıbbi teknik yeterlilik	3,39	0,889
Fiziksel teknik koşullar	3,34	1,085
Sosyokültürel atmosfer	3,54	0,885
Birey odaklı yaklaşım	3,40	0,926
Hasta memnuniyeti	3,35	0,635
İletişim	3,56	0,822
Teknik kalite	3,34	0,791
Genel memnuniyet	3,33	1,029
Finansal durum	3,37	0,925
Erişilebilirlik ve uygunluk	3,07	0,663
Kişilerarası tutum	3,64	0,822
Doktorla geçirilen zaman	3,46	0,892

Muayeneye özgü memnuniyet	3,13	0,769
----------------------------------	-------------	--------------

Çalışmada hastaların memnuniyetinde bekleme ve hizmet süresinin önemini ortaya koymak amacıyla, katılımcılara hastanede geçirdikleri zaman sorulmuştur. Bu soruya katılımcıların verdikleri cevapların parametrik özellik göstermemesi sebebiyle medyan değerlerinden yararlanılmış; ancak diğer bulgular da tabloya eklenmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi katılımcılar ortalama 5 gün (medyan) sonrasına randevu alabilmektedirler. Hastanelerde hizmet almak için geçirdikleri süre ise ortalama (hizmet süresi) 180 dakika olup; bu sürenin 60 dakikası hizmet için beklemek suretiyle geçmektedir (Tablo 8). Tabloda bulunmamakla birlikte, Khan Younis ve Gaza ilçelerinde bekleme süreleri daha uzun olup; bunda yerleşim yerlerinin kalabalık olması önemli rol oynamaktadır. Ayrıca, Tablo 7’de gösterilmemekle birlikte; çalışmada randevu almak için beklenen süre, hizmet alma sürecinde geçen süre ve hizmet alırken bekleme süresi ile hasta perspektifinden kalite, muayeneye özgü memnuniyet ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 8: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Bekleme Sürelerinin Dağılımı

Bekleme Süresi	Ortalama	S.S:	Medyan	Minimum	Maksimum
Randevu alma	8.74	11.217	5.0	1	90
Hizmet alma	184.51	84.991	180.0	15	480
Hizmet alırken bekleme	67.68	38.431	60.0	10	300

Tablo 9’da Katılımcıların yaşadıkları yerleşim yerlerine göre tercih ettikleri sağlık kuruluşlarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, Gazze’nin Kuzey İlçesinde yaşayan katılanların 9’unun (%18,0) Al Şifa Tıp Kompleksi, 2’sinin (%4,0) Nasır Tıp Kompleksi, 4’ünün (%8,0) El Aqsa Şehitler Hastanesi, 33’ünün (%66,0) Endonezya Hastanesi ve 2’sinin (%4,0) Göz Hastanesi’ne gittiği bilinmektedir. Ayrıca Gazze’nin Kuzey İlçesinde yaşayan katılanların Avrupa Hastanesi ve Al Najjar Hastanesi’ne de gitmemiş olduğu bulunmaktadır.

Khan Younis İlçesinde yaşayan katılanların 46’sının (%46,9) Nasır Tıp Kompleksi ve 52’sinin (%53,1) Avrupa Hastanesi’ne gittiği bilinmektedir. Üstelik diğer hastanelere gidilmesini göstermemektedir.

Rafah İlçesinde yaşayan katılanların 8’inin (%20,5) Nasır Tıp Kompleksi, 15’inin (%38,5) Avrupa Hastanesi ve 16’sının (%41,0) Göz Hastanesi’ne gittiği görülmektedir.

Gazze İlçesinde yaşayan katılanların 129'unun (%73,3) Al Şifa Tıp Kompleksi, 2'sinin (%1,1) Nasır Tıp Kompleksi, 4'ünün (%2,3) Endonezya Hastanesi ve 41'inin (%23,3) Göz Hastanesi, ve 2'sinin (%4,0) Al Najjar Hastanesi'ne gittiği bulunmaktadır. Ayrıca Gazze İlçesiinde yaşayan katılanların Avrupa Hastanesi, El Aqsa Şehitler Hastanesi ve Al Najjar Hastanesi'ne de gitmemiş olduğu göstermektedir.

Tabloya dikkat ederek Deir al-Balah İlçesinde yaşayan katılanların 3'ünün (%9,1) Al Şifa Tıp Kompleksi, 2'sinin (%6,1) Nasır Tıp Kompleksi ve 28'inin (%84,8) El Aqsa Şehitler Hastanesi'ne gittiği bulunmaktadır. Ayrıca Deir al-Balah İlçesiinde yaşayan katılanların Avrupa Hastanesi, Endonezya Hastanesi, Göz Hastanesi ve Al Najjar Hastanesi'ne de gitmemiş olduğu göstermektedir. Bu dağılımın şehrin genel yapısına benzediği söylenebilir.

Tablo 9: Katılımcıların Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre Tercihe Ettikleri Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı

		Yerleşim Yeri					Toplam
		Kuzey Gaza	Khan Yunis	Rafah	Gaza	Deir al-Balah	
Sağlık Kuruluşları	Al Shifa Medical Complex	Sayı 9 % 18,0	0 0,0	0 0,0	129 73,3	3 9,1	141 35,6
	Nasser Medical Complex	Sayı 2 % 4,0	46 46,9	8 20,5	2 1,1	2 6,1	60 15,2
	European Hospital	Sayı 0 % 0,0	52 53,1	15 38,5	0 0,0	0 0,0	67 16,9
	Al-Aqsa Martyrs Hospital	Sayı 4 % 8,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	28 84,8	32 8,1
	Indonesian Hospital	Sayı 33 % 66,0	0 0,0	0 0,0	4 2,3	0 0,0	37 9,3
	Eyes Hospital	Sayı 2 % 4,0	0 0,0	0 0,0	41 23,3	0 0,0	43 10,9
	Al Najjar Hospital	Sayı 0 % 0,0	0 0,0	16 41,0	0 0,0	0 0,0	16 4,0
	Toplam	Sayı 50 % 100,0	98 100,0	39 100,0	176 100,0	33 100,0	396 100,0

Tablo 10'da katılımcıların hastaneye başvurma sıklıkları ilgili analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Bu sonuçlara göre, katılımcıların %27,5'ini oluşturan 109 kişi yılda birden fazla hastaneye başvurduğunu belirtirken %22,7'sini oluşturan 90 kişi yılda bir defa başvurduğunu belirtmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre çalışmaya katılanların 1/3'lük kısmı hastaneleri yılda birden daha fazla kullanmaktadır.

Sağlık Kurumlarına göre incelendiğinde, çalışmaya katılanların 141'inin (%35,6) Al Şifa Tıp Kompleksi, 60'ının (%15,2) Nasır Tıp Kompleksi, 67'inin (%16,9) Avrupa Hastanesi, 32'sinin (%8,1) El Aqsa Şehitler Hastanesi, 37'sinin (%7,3) Endonezya

Hastanesi, 43'ünün (%10,9) Göz Hastanesi ve 16'sının (%4,0) Mohammed Yousef Al Najjar Hastanesi'ne gittiği bilinmektedir. Ayrıca çalışmaya katılanların ikamet yerlerine göre katılımcıların 50'i (%12,6) Gazze'nin Kuzey İlçesinde, 98'i (%24,7) Khan Younis İlçesinde, 39'u (%9,8) Rafah İlçesinde, 176'sı (%44,4) Gazze İlçesinde ve 33'ü (%8,3) Deir al-Balah İlçesinde gösterilmektedir. Bu dağılımın şehrin genel yapısına benzerlik gösterdiği söylenebilir. Bunula birlikte, çalışmada hastaların ikamet ettikleri yer ile tercih ettikleri hastaneler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Tablo 10: Katılımcıların Başvuru Sıklıklarına Göre Tercihe Ettikleri Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı

		Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı						Toplam
		Haftada bir	Haftada birden fazla	Ayda bir	Ayda birden fazla	Yılda bir	Yılda birden fazla	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık Kuruluşları	Al Shifa Medical Complex	15	53,6	16	43,2	24	33,8	141
						29	47,5	35,6
	Nasser Medical Complex	2	7,1	9	24,3	11	15,5	60
						9	14,8	15,2
	European Hospital	0	0,0	3	8,1	16	22,5	67
						4	6,6	16,9
	Al Aqsa Martyrs Hospital	2	7,1	3	8,1	6	8,5	32
						5	8,2	8,1
	Indonesian Hospital	4	14,3	2	5,4	5	7,0	37
						11	18,0	9,3
	Eyes Hospital	3	10,7	1	2,7	7	9,9	43
						2	3,3	10,9
	Al Najjar Hospital	2	7,1	3	8,1	2	2,8	16
						1	1,6	4,0
	Toplam	28	100,0	37	100,0	71	100,0	396
						61	100,0	100,0

4.3. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Çalışma değişkenleri arasındaki ilişkileri belirlemek için yapılan Korelasyon Analizinin sonuçları Tablo 11'de görülmektedir.

Tabloya bakıldığında, hasta perspektifinden kalitenin boyutları olan tıbbi-teknik yeterlilik, fiziksel koşullar, sosyo-kültürel atmosfer ve birey odaklı yaklaşım boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve olumlu ilişkiler olduğu görülmektedir. En yüksek ilişki kültürel atmosfer boyutu ile birey odaklı yaklaşım boyutu ($r=0,816$) arasındadır. Buna karşılık en düşük ilişki ise kültürel atmosfer boyutu ile fiziksel teknik koşullar boyutu ($r=0,468$) arasında bulunmaktadır.

Hasta memnuniyetinin boyutları olan iletişim, teknik kalite, genel memnuniyet, finansal durum, erişilebilirlik ve uygunluk, kişilerarası tutum ve doktorla geçirilen zaman arasındaki ilişkilere bakıldığında; boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve olumlu ilişkiler olduğu bulunmuştur. En yüksek ilişki iletişim boyutu ile teknik kalite boyutu ($r=0,612$) arasında olmasına karşılık; en düşük seviyedeki, ilişki doktorla geçirilen zaman boyutu ile erişilebilirlik ve uygunluk boyutu ($r=0,420$) arasındadır.

Hasta perspektifinden kalite ile hasta memnuniyeti ($r=0,762$) arasında yüksek seviyede istatistiksel açıdan anlamlı ve olumlu ilişki bulunmaktadır. Bu durumda hastaların perspektifinden kalite algıları geliştikçe hasta memnuniyeti düzeylerinin de gelişeceği söylenebilir.

Hasta perspektifinden kalite ile muayeneye özgü memnuniyet ($r=0,733$) arasında da yüksek seviyede anlamlı olumlu ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre hastaların kalite algısının muayeneye özgü memnuniyetle ilişkili olmasını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada önemli diğer bir bulgu, muayeneye özgü memnuniyet ile hasta memnuniyeti arasındaki ($r=0,699$) ilişkidir. Bu bulgu muayeneye özgü memnuniyet artırttıkça hasta memnuniyetinin de artacağını göstermektedir.

Bu bulgulardan hareket ederek H_1 (Hasta perspektifinden kalite, muayeneye özgü memnuniyet ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki vardır.) Hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 11: Hasta Perspektifinden Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Muayeneye Özgü Memnuniyet Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Hasta perspektifinden kalite (1)	1												
Tıbbi teknik yeterlilik (2)	,844**	1											
Fiziksel teknik koşullar (3)	,557**	,528**	1										
Sosy kültürel atmosfer(4)	,977**	,762**	,538**	1									
Birey odaklı yaklaşım (5)	,896**	,676**	,468**	,816**	1								
Hasta memnuniyeti (6)	,762**	,607**	,527**	,745**	,708**	1							
İletişim (7)	,560**	,412**	,376**	,571**	,492**	,745**	1						
Teknik kalite (8)	,649**	,516**	,436**	,633**	,605**	,878**	,612**	1					
Genel memnuniyet (9)	,609**	,546**	,432**	,579**	,558**	,760**	,485**	,631**	1				
Finansal durum (10)	,545**	,414**	,427**	,542**	,500**	,759**	,495**	,622**	,530**	1			
Erişilebilirlik ve uygunluk (11)	,525**	,417**	,341**	,514**	,488**	,744**	,500**	,541**	,442**	,471**	1		
Kişilerarası tutum (12)	,500**	,363**	,339**	,492**	,483**	,739**	,518**	,607**	,476**	,504**	,476**	1	
Doktorla geçirilen zaman(13)	,706**	,584**	,492**	,673**	,678**	,712**	,471**	,547**	,504**	,488**	,420**	,479**	1
Muayeneye özgü memnuniyet(14)	,733**	,623**	,497**	,703**	,682**	,699**	,467**	,589**	,553**	,502**	,518**	,484**	,629**

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

4.3. Hasta Kalite Algısının Hasta Memnuniyetine Etkisini Gösteren Regresyon Analizleri

Regresyon modellerinin geliştirilmesi sürecinde Hasta perspektifinden kalitenin ortalama değeri bağımsız değişken, hasta memnuniyetinin ortalama değeri bağımlı

değişken ve muayeneye özgü memnuniyetin ortalama değeri ise aracı değişken olarak kullanılmıştır. Yapılan Proses Macro regresyon analizi sonucunda elde edilen analiz bulguları Tablo 12-15 arasında görülmektedir.

Tablo 12’de hasta perspektifinden kalitenin muayeneye özgü Memnuniyete üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla oluşturulan regresyon modeli görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, model anlamlıdır ($F=456,792$; $p=0,000$). Hasta kalite algısının memnuniyet üzerinde anlamlı etkisi bulunmakta olup ($t=21,737$; $p=0,000$); bu etkinin gücü ortanın üzerindedir ($\beta=0,675$). Model hasta kalite algısının memnuniyet üzerindeki etkisinin %53,7’sini açıklamaktadır. Bu bulgu, hasta kalite algısının muayeneye özgü memnuniyeti olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu bulguya göre göre, H_2 (Hasta perspektifinden kalite, muayeneye özgü memnuniyeti etkiler.” Hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 12: Hasta Perspektifinden Kalitenin Muayeneye Özgü Memnuniyete Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R^2	F	p
Muayeneye özgü memnuniyet	Sabit	0,782	0,113	6,920	0,000	0,560	1,004	0,537	456,792	0,000
	Hasta perspektifinden kalite	0,675	0,032	21,373	0,000	0,613	0,737			

Tablo 13’de hasta kalite algısının hasta memnuniyetine etkisini gösteren regresyon modeli görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüldüğü gibi model anlamlıdır ($F=545,188$; $p=0,000$). Modele göre hasta kalite algısının hasta memnuniyetine orta düzeye yakın ($\beta=0,580$) ve anlamlı etkisi bulunmaktadır ($t=23,349$; $p=0,000$). Modelin açıklanan varyansı %76,2’dir. Buna sonuca göre, hasta kalite algısı hasta memnuniyetinin büyük oranda açıklamaktadır. Bu sonuçtan harekete ederek H_3 (Hasta perspektifinden kalite, hasta memnuniyetini etkiler.) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 13: Hasta Perspektifinden Kalitenin Hasta Memnuniyetine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R ²	F	p
Hasta memnuniyeti	Sabit	1,134	0,089	15,024	0,000	1,160	1,509	0,762	545,188	0,000
	Hasta perspektifinden kalite	0,580	0,025	23,349	0,000	0,531	0,629			

Aracı değişkenin gerçekten aracı rol oynayabilmesi bağımsız değişken gibi bağımlı değişken üzerinde anlamlı etkisi olması beklenir. Bu amaçla hasta perspektifinden kalite ve muayeneye özgü memnuniyetin birlikte hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini gösteren bir regresyon modeli kurulması beklenmektedir. Tablo 14’de hasta perspektifinden kalite ve muayeneye özgü memnuniyetin hasta memnuniyetine etkisini ortaya koymak amacıyla geliştirilen model görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi model anlamlıdır (F=325,137; p=0,000). Hasta kalite algısının hasta memnuniyetine etkisi ortanın biraz altında ($\beta=0,410$) olmasına karşılık; muayeneye özgü memnuniyetin hasta memnuniyetine etkisi daha düşük seviyededir ($\beta=0,251$). Hasta kalite algısı ve muayeneye özgü memnuniyet hasta memnuniyetinin %62,3 (R²=0,623)’ünü açıklamaktadır. Bu sonuçtan hareketle hasta kalite algısı ve muayeneye özgü memnuniyetin hasta memnuniyeti gelişmesinde olumlu bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Ancak, böyle bir modelde bağımsız değişkenin bağımsız değişken üzerindeki etkisinin biraz azalması beklenir ki çalışmada da buna uygun bir bulgu elde edilmiştir. Ayrıca, çalışmanın aracı değişkeninin etkisini ortaya koyan H₄ (Muayeneye özgü memnuniyet, hasta memnuniyetini etkiler.) (Hipotezi kabul edilmiştir).

Tablo 14: Hasta Perspektifinden Kalite ve Muayeneye Özgü Memnuniyetin Hasta Memnuniyetine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R ²	F	p
	Sabit	1,138	0,099	12,752	0,000	0,963	1,314			
Hasta memnuniyeti	Hasta perspektifinden kalite	0,410	0,035	11,850	0,000	0,342	0,478	0,623	325,137	0,000
	Muayeneye özgü memnuniyet	0,251	0,038	6,683	0,000	0,177	0,325			

Tablo 15’de hasta kalite algısının hasta memnuniyetine direkt ve muayeneye özgü memnuniyetinde aracı olarak kullanıldığında dolaylı etkisine ilişkin bulgular görülmektedir. Hasta kalitenin algısının hasta memnuniyeti üzerinde ($t=11,85$; $p=0,000$) ortaya yakın düzeyde ($\beta=0,410$) direkte etkisi bulunmaktadır. Muayeneye özgü memnuniyetinde aracı etkisi ($\beta=0,170$) bu etkiyi pozitif yönde geliştirmekte ve toplam etki 0,580 düzeyine çıkmaktadır. Bu bulgudan hareketle hasta kalite algısının hasta memnuniyetine etkisinde muayeneye özgü memnuniyetin aracı rolünün olumlu olduğu söylenebilir. Buna göre, H₅ (Hasta perspektifinden kalitenin hasta memnuniyetine etkisinde muayeneye özgü memnuniyetin aracı rolü vardır.) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 15: Hasta Perspektifinden Kalitenin Hasta Memnuniyetine Etkisinde Muayeneye Özgü Memnuniyetin Aracı Rolü

Direkt Etki		Etki	S.H.	t	p	LLCI	ULCI
Hasta kalite algısı	Hasta Memnuniyeti	0,410	0,035	11,85	0,000	0,342	0,464
Dolaylı Etki							
Hasta kalite algısı	Muayeneye özgü memnuniyet	Hasta Memnu-niyeti	0,170	0,028		0,114	0,223
Toplam Etki			0,580	0,025	23,349	0,000	0,531 0,629

4.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Kalite Algısı, Muayeneye Özgü Memnuniyet ve Hasta Memnuniyetine İlişkin Farklılıklar

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumuna göre farklılıkları incelemek için bağımsız örneklemelere analizleri katmıştır.

Tablo 16’da katılımcıların cinsiyetlerine göre hasta perspektifinden kalite, hasta memnuniyeti ve muayeneye özgü memnuniyetlerine ilişkin bağımsız örneklerde t testi bulguları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi hem genel olarak hem de alt boyutları itibari ile hasta memnuniyetinin genel memnuniyet boyutu dışında istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Genel memnuniyet boyutunda yer alan farklılığa göre, kadın katılımcıların ($3,23\pm0,965$) sağlık hizmetlerinden genel memnuniyeti erkeklerden ($3,46\pm1,100$) daha düşük düzeydedir ($p<0,05$). Bu bulgulardan hareket ederek genel olarak cinsiyet bakımından hasta kalite algısı, muayeneye özgü memnuniyet ve hasta memnuniyeti bakımından bir farklılık bulunmadığı; ancak erkeklerin genel memnuniyet düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 16: Cinsiyete Göre Fark Analizi Sonuçları

	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	S.S.	t	p
Hasta kalite algısı	Erkek	166	3,49	0,929	0,257	0,797
	Kadın	230	3,47	0,761		
Tıbbi-teknik yeterlilik	Erkek	166	3,38	0,985	-0,235	0,814
	Kadın	230	3,40	0,815		
Fiziksel Teknik Koşullar	Erkek	166	3,36	1,139	0,226	0,821
	Kadın	230	3,33	1,047		
Sosyo-kültürel atmosfer	Erkek	166	3,56	0,982	0,300	0,765
	Kadın	230	3,53	0,810		
Birey odaklı yaklaşım	Erkek	166	3,43	1,002	0,467	0,641
	Kadın	230	3,38	0,869		
Hasta memnuniyeti	Erkek	166	3,38	0,732	0,748	0,455
	Kadın	230	3,33	0,555		
İletişim	Erkek	166	3,59	0,816	0,699	0,485
	Kadın	230	3,53	0,827		
Teknik kalite	Erkek	166	3,43	0,898	1,718	0,087
	Kadın	230	3,28	0,700		
Genel memnuniyet	Erkek	166	3,46	1,100	2,115	0,035
	Kadın	230	3,23	0,965		
Finansal durum	Erkek	166	3,41	1,006	0,829	0,408
	Kadın	230	3,33	0,862		
Erişilebilirlik ve uygunluk	Erkek	166	3,00	0,703	-1,623	0,105
	Kadın	230	3,11	0,631		

Kişilerarası tutum	Erkek	166	3,69	0,871	1,098	0,273
	Kadın	230	3,60	0,785		
Doktorla geçirilen zaman	Erkek	166	3,42	1,012	-0,732	0,465
	Kadın	230	3,48	0,796		
Muayeneye özgü memnuniyet	Erkek	166	3,09	0,856	-0,856	0,393
	Kadın	230	3,16	0,700		

Tablo 17’de katılımcıların medeni durumları esas alınarak gerçekleştirilen fark analizi bulguları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi hasta perspektifinden kalite ve hasta memnuniyetinde genel olarak ve alt boyutları ile muayeneye özgü memnuniyette istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu bulguya göre, hasta bakımından kalite algısı, muayeneye özgü memnuniyet ve hasta memnuniyetinde medeni durumun herhangi bir farklılığa sebep olmadığı söylenebilir. Bu sonuçtan hareket ederek H_{6a} (Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre hasta perspektifinden kalite algısında fark vardır.) hipotezi medeni durum bakımından reddedilmiştir.

Tablo 17: Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları

	Medeni durum	n	$\bar{X}$	S.S.	T	p
Hasta perspektifinden kalite	Evli	311	3,48	0,821	0,131	0,896
	Bekar	85	3,47	0,886		
Tıbbi-teknik yeterlilik	Evli	311	3,40	0,871	0,592	0,554
	Bekar	85	3,34	0,953		
Fiziksel Teknik Koşullar	Evli	311	3,35	1,093	0,223	0,824
	Bekar	85	3,32	1,060		
Sosyo-kültürel atmosfer	Evli	311	3,55	0,877	0,240	0,810
	Bekar	85	3,52	0,920		
Birey odaklı yaklaşım	Evli	311	3,39	0,917	-0,511	0,610
	Bekar	85	3,45	0,963		
Hasta memnuniyeti	Evli	311	3,36	0,632	0,302	0,763
	Bekar	85	3,33	0,648		
İletişim	Evli	311	3,60	0,791	1,723	0,086
	Bekar	85	3,42	0,918		
Teknik kalite	Evli	311	3,34	0,798	-0,017	0,986
	Bekar	85	3,34	0,769		
Genel memnuniyet	Evli	311	3,33	1,053	0,038	0,970
	Bekar	85	3,32	0,938		
Finansal durum	Evli	311	3,38	0,930	0,479	0,632
	Bekar	85	3,32	0,912		
Erişilebilirlik ve uygunluk	Evli	311	3,06	0,647	-0,548	0,584
	Bekar	85	3,10	0,721		
Kişilerarası tutum	Evli	311	3,63	0,842	-0,358	0,720
	Bekar	85	3,66	0,750		
Doktorla geçirilen zaman	Evli	311	3,48	0,862	0,994	0,321

	Bekar	85	3,37	0,997		
	Evli	311	3,13	0,760		
Muayeneye özgü memnuniyet	Bekar	85	3,12	0,807	0,165	0,869

Tablo 18’de katılımcıların yaş gruplarına göre fark analizi bulguları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi hasta perspektifinden kalite ve alt boyutlarından tıbbi-teknik yeterlilik, fiziksel teknik koşullar ve sosyo-kültürel atmosfer boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna karşılık birey odaklı yaklaşım alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Post Hoc analizi sonuçlarına göre fark, 46-55 yaş grubu hastalar ($3,77\pm0,721$) ile 26-35 yaş grubu hastalar ($3,26\pm0,946$) ve 36-45 yaş grubu hastalardan ($3,38\pm0,992$) kaynaklanmaktadır. Bu bulguya göre 46-55 yaş grubundaki hastaların birey odaklı yaklaşım algı düzeyi 26-35 ve 36-45 yaş grubu hastalara göre daha olumlu durumdadır.

Hasta memnuniyeti bakımından bakıldığında; hasta memnuniyetinin iletişim, genel memnuniyet, erişilebilirlik ve uygunluk ve doktorla geçirilen zaman boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına ($p>0,05$) karşılık; hasta memnuniyetinin tamamı ile teknik kalite, finansal durum ve kişilerarası tutum alt boyutlarında yaş gruplarına göre istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Hasta memnuniyetinin tamamında farkın hangi değişkenlerden kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizi sonuçlarına göre fark, 46-55 yaş grubu hastalar ($3,64\pm0,572$) hastalar ile ≤ 25 yaş grubu ($3,34\pm0,647$), 26-35 yaş grubu ($3,26\pm0,602$), 36-45 yaş grubu ($3,37\pm0,691$) ve ≥ 56 yaş grubu ($3,34\pm0,641$) hastalardan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Bu bulguya göre, 46-55 yaş grubu hastalar daha yüksek memnuniyet göstererek diğer yaş gruplarının tamamından ayrılarak farklılık göstermektedir.

Teknik kalite boyutunda farkın hangi değişkenlerden kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizi sonucuna göre fark, 46-55 yaş grubu ($3,70\pm0,828$) hastalar ile ≤ 25 yaş grubu ($3,30\pm0,781$), 26-35 yaş grubu ($3,25\pm0,740$), 36-45 yaş grubu ($3,38\pm0,877$) ve ≥ 56 yaş grubu ($3,28\pm0,780$) hastalardan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$).

Teknik kalite boyutunda da hasta memnuniyetine benzer bir durum ortaya çıkmıştır ve

46-55 yaş grubu hastalar sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini diğer yaş gruplarından ayrılarak daha memnuniyet verici olarak kabul etmektedirler.

Katılımcıların yaş gruplarına göre farklılık gösteren finansal durum boyutunun post hoc analizi bulguları farkın; 46-55 yaş grubu ($3,73 \pm 0,828$) hastalar ile ≤ 25 yaş grubu ($3,33 \pm 0,819$), 26-35 yaş grubu ($3,20 \pm 0,970$) ve ≥ 56 yaş grubu ($3,33 \pm 0,939$) hastalardan kaynaklandığını göstermektedir ($p < 0,05$). Bu bulguya göre 46-55 yaş grubu hastaların sağlık hizmetlerinin finansmanından memnuniyet düzeyleri daha iyi olmasına karşılık; özellikle daha genç grupları temsil eden ≤ 25 ve 26-35 yaş grubu hastalar ile daha yaşlı grupları temsil eden ≥ 56 yaş grubu hastaların memnuniyet düzeyleri daha düşüktür. Bu sonuçta henüz kariyerinin başında olan genç bireyler ile emeklilik dönemine gelmiş ya da emekli olmuş bireylerin gelir düzeylerinin daha düşük olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hasta memnuniyetinin fark bulunan son boyutu olan kişilerarası tutumun post hoc analizinde de benzer bir durum ortaya çıkmıştır. Buna göre fark, 46-55 yaş grubu ($4,01 \pm 0,866$) ile ≤ 25 yaş grubu ($3,60 \pm 0,761$), 26-35 yaş grubu ($3,51 \pm 0,776$), 36-45 yaş grubu ($3,64 \pm 0,846$) ve ≥ 56 yaş grubu ($3,86 \pm 0,897$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ($p < 0,05$). Bu boyutta da diğer boyutlarda olduğu gibi 46-55 yaş grubu hastaların memnuniyet düzeyi diğer yaş gruplarından farklılaşarak daha yüksek bir seviyede ortaya çıkmıştır.

Genel olarak bakıldığında örneklem grubu içerisinde 46-55 yaş grubu bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha olumlu seviyelerde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların yaş değişkenine göre muayeneye özgü memnuniyet durumlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 18: Yaş Gruplarına Göre Fark Analizi Sonuçları

	Yaş	n	$\bar{X}$	S.S:	F	P	Post Hoc
Hasta perspektifinden kalite	$\leq 25^1$	80	3,50	0,818	1,559	0,185	
	26-35 ²	118	3,44	0,823			
	36-45 ³	92	3,44	0,954			
	46-55 ⁴	46	3,77	0,689			
	$\geq 56^5$	52	3,44	0,714			
Tıbbi-teknik yeterlilik	$\leq 25^1$	80	3,42	0,845	1,055	0,378	
	26-35 ²	118	3,41	0,884			
	36-45 ³	92	3,32	0,958			
	46-55 ⁴	46	3,61	0,816			
	$\geq 56^5$	52	3,28	0,847			
Fiziksel Teknik Koşullar	$\leq 25^1$	80	3,19	1,159	1,150	0,333	
	26-35 ²	118	3,30	1,040			
	36-45 ³	92	3,47	1,143			
	46-55 ⁴	46	3,54	,959			
	$\geq 56^5$	52	3,35	1,083			
Sosyo-kültürel atmosfer	$\leq 25^1$	80	3,54	0,870	1,256	0,287	
	26-35 ²	118	3,53	0,866			
	36-45 ³	92	3,50	1,035			
	46-55 ⁴	46	3,83	0,721			
	$\geq 56^5$	52	3,51	0,728			
Birey odaklı yaklaşım	$\leq 25^1$	80	3,46	0,944	2,599	0,036	2-4 p=0,002 3-4 p=0,020
	26-35 ²	118	3,26	0,946			
	36-45 ³	92	3,38	0,992			
	46-55 ⁴	46	3,77	0,721			
	$\geq 56^5$	52	3,40	0,815			
Hasta memnuniyeti	$\leq 25^1$	80	3,34	0,647	3,057	0,017	1-4 p=0,010 2-4 p=0,001 3-4 p=0,022 4-5 p=0,022
	26-35 ²	118	3,26	0,602			
	36-45 ³	92	3,37	0,691			
	46-55 ⁴	46	3,64	0,527			
	$\geq 56^5$	52	3,34	0,641			
İletişim	$\leq 25^1$	80	3,49	0,840	2,073	0,084	
	26-35 ²	118	3,47	0,836			
	36-45 ³	92	3,57	0,900			
	46-55 ⁴	46	3,83	0,598			
	$\geq 56^5$	52	3,69	0,742			
Teknik kalite	$\leq 25^1$	80	3,30	0,781	2,926	0,021	1-4 p=0,007 2-4 p=0,001 3-4 p=0,029 4-5 p=0,001
	26-35 ²	118	3,25	0,740			
	36-45 ³	92	3,38	0,877			
	46-55 ⁴	46	3,70	0,745			
	$\geq 56^5$	52	3,28	0,780			
Genel memnuniyet	$\leq 25^1$	80	3,38	0,976	1,180	0,319	
	26-35 ²	118	3,24	0,993			
	36-45 ³	92	3,34	1,109			
	46-55 ⁴	46	3,62	0,950			

	$\geq 56^5$	52	3,35	1,032			
	$\leq 25^1$	80	3,33	0,819			
	26-35 ²	118	3,20	0,970			
Finansal durum	36-45 ³	92	3,45	0,964	2,960	0,020	1-4 p=0,002
	46-55 ⁴	46	3,73	0,828			2-4 p=0,001
	$\geq 56^5$	52	3,33	0,939			4-5 p=0,032
	$\leq 25^1$	80	3,13	0,739			
	26-35 ²	118	3,00	0,604			
Erişilebilirlik ve uygunluk	36-45 ³	92	3,04	0,736	1,830	0,122	
	46-55 ⁴	46	3,27	0,500			
	$\geq 56^5$	52	2,99	0,657			
	$\leq 25^1$	80	3,60	0,761			
	26-35 ²	118	3,51	0,776			
Kişilerarası tutum	36-45 ³	92	3,64	0,846	3,211	0,013	1-4 p=0,007
	46-55 ⁴	46	4,01	0,866			2-4 p=0,000
	$\geq 56^5$	52	3,68	0,897			3-4 p=0,013
	$\leq 25^1$	80	3,36	0,934			4-5 p=0,048
	26-35 ²	118	3,39	0,898			
Doktorla geçirilen zaman	36-45 ³	92	3,53	0,947	0,861	0,487	
	46-55 ⁴	46	3,61	0,774			
	$\geq 56^5$	52	3,49	0,813			
	$\leq 25^1$	80	3,18	0,783			
	26-35 ²	118	3,07	0,734			
Muayeneye özgü memnuniyet	36-45 ³	92	3,07	0,859	1,306	0,267	
	46-55 ⁴	46	3,34	0,613			
	$\geq 56^5$	52	3,14	0,787			

Tablo 19’da katılımcıların eğitim durumlarına göre hasta kalite algısı, hasta memnuniyeti ve muayeneye özgü memnuniyetlerine ilişkin analiz sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi hasta perspektifinden kalite ve alt boyutlarından tıbbi-teknik yeterlilik, fiziksel teknik koşullar ve sosyo-kültürel atmosfer boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna karşılık birey odaklı yaklaşım alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Post hoc analizi sonuçlarına göre, birey odaklı yaklaşım boyutunda fark, önlisans düzeyinde eğitim gören katılımcılar ($3,08\pm 0,962$) ile lise ve altı öğrenim gören ($3,43\pm 0,911$) ve lisans düzeyinde eğitim gören ($3,49\pm 0,925$) bireylerden kaynaklanmaktadır ($p<0,05$) Bu bulguya göre önlisans düzeyinde eğitim görenlerin birey odaklı yaklaşımı diğer iki gruba göre daha olumsuz algılamaktadır.

Hasta memnuniyeti ve alt boyutlarından iletişim, teknik kalite, genel memnuniyet, erişilebilirlik ve uygunluk, kişilerarası tutum ve doktorla geçirilen zaman boyutlarında

istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna karşılık finansal durum alt boyutunda anlamlı fark vardır. Post hoc analizi sonuçlarına göre fark, lise ve altı öğrenim görenler ($3,46\pm0,912$) ile önlisans seviyesinde eğitim görenlerden ($3,12\pm0,857$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Lise ve altı eğitim görenler finansal durumu önlisans düzeyinde eğitim görenlere göre daha memnuniyet verici kabul etmektedir

Katılımcıların eğitim durumlarına muayeneye özgü memnuniyet algılarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$)

Tablo 19: Eğitim durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları

	Eğitim durumu	n	$\bar{X}$	S.S.	F	p
Hasta kalite algısı	Lise ve altı ¹	194	3,50	0,822	2,165	0,092
	Önlisans ²	57	3,23	0,827		
	Lisans ³	130	3,56	0,840		
	Lisansüstü ⁴	14	3,50	0,905		
Tıbbi-teknik yeterlilik	Lise ve altı ¹	194	3,39	0,914	0,692	0,558
	Önlisans ²	57	3,28	0,814		
	Lisans ³	130	3,46	0,863		
	Lisansüstü ⁴	14	3,25	1,056		
Fiziksel teknik koşullar	Lise ve altı ¹	194	3,32	1,102	0,535	0,658
	Önlisans ²	57	3,21	1,013		
	Lisans ³	130	3,42	1,106		
	Lisansüstü ⁴	14	3,36	1,008		
Sosyo-kültürel atmosfer	Lise ve altı ¹	194	3,56	0,864	2,189	0,089
	Önlisans ²	57	3,27	0,893		
	Lisans ³	130	3,62	0,895		
	Lisansüstü ⁴	14	3,61	0,968		
Birey odaklı yaklaşım	Lise ve altı ¹	194	3,43	0,911	2,721	0,044
	Önlisans ²	57	3,08	0,962		
	Lisans ³	130	3,49	0,925		
	Lisansüstü ⁴	14	3,46	0,850		
Hasta memnuniyeti	Lise ve altı ¹	194	3,40	0,573	1,767	0,153
	Önlisans ²	57	3,19	0,630		
	Lisans ³	130	3,36	0,715		
	Lisansüstü ⁴	14	3,22	0,632		
İletişim	Lise ve altı ¹	194	3,58	0,797	1,252	0,291
	Önlisans ²	57	3,42	0,849		
	Lisans ³	130	3,61	0,847		
	Lisansüstü ⁴	14	3,29	0,726		
Teknik kalite	Lise ve altı ¹	194	3,39	0,742	0,832	0,477
	Önlisans ²	57	3,20	0,781		
	Lisans ³	130	3,33	0,864		
	Lisansüstü ⁴	14	3,36	0,764		
Genel	Lise ve altı ¹	194	3,35	0,985	1,469	0,222

memnuniyet	Önlisans ²	57	3,27	0,982		
	Lisans ³	130	3,37	1,109		
	Lisansüstü ⁴	14	2,79	1,014		
	Lise ve altı ¹	194	3,46	0,912		
Finansal durum	Önlisans ²	57	3,12	0,857	2,692	0,046
	Lisans ³	130	3,37	0,973		
	Lisansüstü ⁴	14	3,00	0,734		
	Lise ve altı ¹	194	3,14	0,620		
Erişilebilirlik ve uygunluk	Önlisans ²	57	2,87	0,712	2,371	0,070
	Lisans ³	130	3,05	0,684		
	Lisansüstü ⁴	14	3,04	0,726		
	Lise ve altı ¹	194	3,67	0,783		
Kişilerarası tutum	Önlisans ²	57	3,42	0,939	1,712	0,164
	Lisans ³	130	3,69	0,827		
	Lisansüstü ⁴	14	3,50	0,679		
	Lise ve altı ¹	194	3,47	0,930		
Doktorla geçirilen zaman	Önlisans ²	57	3,33	0,842	0,515	0,672
	Lisans ³	130	3,47	0,850		
	Lisansüstü ⁴	14	3,61	1,003		
	Lise ve altı ¹	194	3,19	0,778		
Muayeneye özgü memnuniyet	Önlisans ²	57	2,88	0,822	2,554	0,055
	Lisans ³	130	3,17	0,734		
	Lisansüstü ⁴	14	3,11	0,626		
	Lise ve altı ¹	194	3,19	0,778		

Fark analizleri sonuçlarına göre H_{6a} (Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre hasta perspektifinden kalite algısında fark vardır.) Hipotezi, cinsiyet bakımından yalnızca genel memnuniyet; yaş grupları ve eğitim durumuna göre birey odaklı yaklaşım bakımından kabul edilmiştir. Diğer tüm değişkenler bakımından reddedilmiştir.

H_{6b} (Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre hasta memnuniyetinde fark vardır.) hipotezi, cinsiyete göre genel memnuniyet, yaş gruplarına göre hasta memnuniyetinin tamamı ve alt boyutlarından teknik kalite, finansal durum ve kişilerarası tutum bakımından; eğitim durumlarına göre finansla durum bakımından kabul edilmiş; diğer değişkenler bakımından reddedilmiştir.

H_{6c} (Hastanın sosyo-demografik özelliklerine muayeneye özgü memnuniyette fark vardır.) hipotezi cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu bakımından reddedilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta memnuniyeti, çeşitli çalışmalar sonuçlarının belirlediği gibi, sağlık bakım kalitesinin temel bir ölçüsü olarak kabul edilmektedir. Hastalar sağlık kurumlarının omurgası olarak kabul edilir ve en önemli sağlık hizmeti müşteriler arasındadır. Bu nedenle memnuniyetlerine öncelik verilmelidir. Memnuniyet günümüz sağlık kurumları açısından önem verilmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, çalışmalar hastaların kalite bakım algılarının sıklıkla hemşireler ve diğer personel ile etkileşim ve iletişim gibi sağlık bakım deneyimlerinin kalitesine göre belirlendiğini göstermiştir (Clark, 2004; Wanzer, Booth Butterfield ve Gruber, 2004).

Hastaların hastanelerden hizmet almada memnuniyetlerini etkileyen önemli faktörlerden biri bekleme süreleridir. Bu sebeple sağlık kuruluşları olabildiğince kısaltmak için tedbirler almalıdır. Çalışmanın sonuçlarına göre ortalama medyan olarak hastalar randevuları için 5 gün beklemek zorunda kalmaktadır. Hizmet almak için 180 dakika beklemek zorunda kalan hastalar, hizmet almak için 60 dakika beklemek zorunda kalmaktadır. Medway (2016: 189) çalışmasına göre geç, tam zamanında ve erken gelen hastalar, bekleme odasında sırasıyla 18,2, 30,7 ve 38,8 dakika beklemektedirler. Geç, tam zamanında ve erken gelen hastaların toplam ziyaret süresi ise sırasıyla 57,4, 68,6 ve 81,9 dakikadır. Nguyen ve arkadaşları (2018: 237)'nin Thong Nhat Hastanesi polikliniğinde gerçekleştirdikleri çalışmada da ortalama toplam bekleme süresinin 104,1 dakika bulunmuştur. Başka bir çalışmada katılımcılar klinik bekleme süresinin 84 dakika olduğu, 78 dakika kayıt yaptırmak için bekledikleri bulunmuştur. Konsültasyon süresi ile ilgili olarak, katılımcılar doktorla 7 dakika geçirirken, toplam klinik bekleme süresinin 168 dakika olduğu bulunmuştur (Oche ve Adamu, 2013: 590). Bu sonuçlara göre Filistin'de faaliyette bulunan hastanelerden elde edilen sonuçların diğer ülkelerde yapılan çalışmalardan belirgin bir şekilde farklılaşmadığı söylenebilir. Ayrıca, çalışmada randevu almak için bekleme, hizmet almak için bekleme odalarında bekleme ve hizmet alırken bekleme süreleri ile hasta perspektifinden kalite, muayeneye özgü memnuniyet ve hasta memnuniyeti arasında önemli bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Buna karşılık Büber ve Beşer (2012: 271), randevu hizmetlerinin müşteri memnuniyetini etkileyen önemli bir etmen olduğunu göstermekte ve bu hizmetle ilgili katılımcıların iyiye çok yakın bir düzeyde memnuniyet duyduklarını göstermektedir.

Medway ve arkadaşları (2016: 189-190)'nın çalışmasına göre klinikte geçirilen toplam süre ile geç ve erken gelen hastalar arasındaki toplam ziyaret süresi ile genel memnuniyet açısından anlamlı bir fark var olduğunu bulunmuştur. Çalışmaya göre katılımcıların% 70,7'si toplam ziyaret süresinden çok memnun kaldığını göstermektedir. Katılımcıların da sadece% 50,3'ü bekleme odasında bekledikleri süreden çok memnun olduğunu bulunmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bekleme süreleri hasta memnuniyetinde etkili bir faktör olarak görülmemekle birlikte; hastanelerin etkinliği ve verimliliği bakımından önemi gözden ırak tutulmamalıdır. Dolayısıyla hasta memnuniyetinde önemli bir faktör olarak görülebilir. Çalışmanın Filistin'de yapılmış olması ve bölgenin genel yetersizlikleri böyle bir sonucun çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmanın sonuçları, hasta perspektifinden kalite ile hasta memnuniyeti ($r=0,762$), hasta perspektifinden kalite ile muayeneye özgü memnuniyet ($r=0,733$) ve muayeneye özgü memnuniyet ile hasta memnuniyeti arasındaki ($r=0,699$) önemli düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca hasta perspektifinden kalitenin muayeneye özgü memnuniyet ve hasta memnuniyeti üzerinde etkisi bulunmaktadır. Ayrıca, muayeneye özgü memnuniyetin hasta memnuniyeti gelişmesinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Bu çalışma hasta perspektifinden kalitenin hasta Memnuniyete etkisinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, diğer ortamlarda ve diğer endüstrilerdeki daha önceki birçok çalışma ile tutarlıdır. Andaleeb (2001: 1366) tarafından yapılan bir çalışmada, hizmet kalitesinin gelişmekte olan bir ülkedeki hastanelerde hasta memnuniyeti üzerinde önemli etkileri olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Neupane ve Devkota (2017: 174)'ya göre, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin birbirleri ile pozitif ilişkisi olduğunu ve hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde önemli etkileri var olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca hasta perspektifinden kalitenin hastane memnuniyetinde etkisinde muayeneye özgü memnuniyetin aracı rolü bulunmaktadır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, birey odaklı yaklaşımın boyutundaki hastalarının kalite algısı tercihlerinde en önemli faktör, doktorlar hastayı muayene etmek için özen göstermeleridir. Bunu kişilere hemşireler saygı gösteriyor olması, doktorların hastanın acılarını nasıl karşılaştığını anladıklarını görünüyor olması, hemşireler ve asistan

hemşirelerin de hastanın acılarını nasıl karşılaştığını anladıklarını görünüyor olması ve doktorlar hastaya saygı gösteriyor olması izlemektedir. Bu sonuçlara göre, bireylerin kalite algısı tercihlerinde doktorun hasta muayenesine özen göstermesi önemli bir faktör olarak görülmekle birlikte, hekimler, hemşireler ve asistan hemşirelerin kendilerine başvuran hastaların acılarını anlamış olmaları ve saygı göstermeleri, hastalar açısından birey odaklı yaklaşımın tercihinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Benzer bir şekilde, doktorların kişiler arası ilişki davranışları, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden olduğu ortaya çıkmaktadır. Hekim ve hemşirelerin yanı sıra diğer hastane personelinin davranışları konusunda katılımcıların yüksek düzeyde memnuniyet duyduğunu gösteren başka çalışmalar bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir (Öcel, 2016: 72, Büber ve Başer, 2012: 271).

Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların QPP düzeyleri ve PSQ düzeyleri yüksek seviyede ve VSQ düzeyleri orta seviyede bulunmuştur. Boyutlar itibari ile bakıldığında en yüksek katılımın QPP'nin alt boyutlarından birey odaklı yaklaşım boyutunda olup, PSQ'nin alt boyutlarında en düşük katılımın tıbbi-teknik yeterlilik boyutlarında gerçekleşmektedir. Bu sonuç, Filistin'de bireylerin kendilerini merkeze alan hizmet aldıklarını algıladıkları; ancak Filistin'e uygulana ambargo sebebiyle tıbbi teknik yeterlilik konusunda memnuniyetin düşük olduğunu göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır.

Bu çalışma sonuçlarına göre cinsiyet bakımından genel memnuniyet boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre, kadın hastalar genel memnuniyette erkek hastalara göre daha yüksek durumdadırlar. Yani kadınlar erkeklere göre sunulan hizmetlerden daha memnun kalabilmektedirler. Marshall (1997: 33) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların genel memnuniyet cinsiyetleri ile doğrudan ilişkilidir. Benzer bir şekilde, Pascoe (1984: 197) de memnuniyet ile en tutarlı ilişkileri ortaya koyan sosyodemografik kategoriler arasında hastaların yaş ve cinsiyetini vurgulamaktadır. Tipik olarak, artan memnuniyet, yaşlanma ve kadın olma ile önemli ölçüde ilişkilidir (Pascoe, 1984: 197). Benzer şekilde, katılımcıların eğitim, yaş ve iş durumlarının toplam klinik bekleme süresi ile istatistiksel bir ilişkisi bulunmamakla birlikte toplam klinik bekleme süresi ile katılımcıların cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Oche ve Adamu, 2013: 591).

Özetle hasta perspektifinden kalitenin ve muayeneye özgü memnuniyetinin, hasta memnuniyetini etkilediği ve bunlar arasında anlamlı ilişkinin söz konusu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta memnuniyeti ile hasta perspektifinden kalite ve hasta memnuniyeti ile muayeneye özgü memnuniyeti arasında da anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyetin genel memnuniyette; yaşın birey odaklı yaklaşım, hasta memnuniyeti, teknik kalite, finansal durum ve Kişilerarası tutumda; eğitim durumunun birey odaklı yaklaşım ve finansal durumda farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Medeni durumunun hasta perspektifinden kalitende, hasta memnuniyetinde ve muayeneye özgü memnuniyetinde farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Yukarıda tartışılan sonuçlar neticesinde aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Hasta memnuniyeti, sadece hasta perspektiften kalite ve muayeneye özgü memnuniyetle belirlenmemelidir. Buna ilave olarak hastaların tedavi için bekleme süreleri de dikkate alınmalıdır. Zira Sağlık kurumları hedeflerine sadece sunulan hizmetin kalitesiyle ilgili değil, aynı zamanda hasta memnuniyetinin bileşenlerinin dikkate alınmasıyla ulaşacağı unutulmamalıdır. Dolayısıyla tüm sağlık kurumları rekabet şartlarında devamlılık ve üstünlük sağlayabilmek için kalite ve memnuniyeti üst düzeyde tutmaya ve bekleme süresi en az düzeyde kalmaya çalışmalıdır.

Hasta perspektifinden kalite ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu nedenle hasta memnuniyeti düzeylerini arttırmak isteyen hastane yönetimlerinin hastaların kaliteyi nasıl anladıklarına kalite algısının boyutlarını da dikkate alarak önem vermeleri gerekmektedir.

Bu çalışmada, hastanelere, hastanın nezaket ve saygıyla davranılması, hemşireden yardım alınması, ağrı tedavisi, sağlık personeli ve hasta arasındaki iletişim ve hasta sağlık durumu hakkında bilgilendirmesi gibi hastaların doktor ve hemşirelik bakımı algısının hasta perspektifinden kalite konusunda önemli olduğu bulunmuştur. Buna göre hastane çalışanlarının bu konulara daha fazla önem verilmesi için duyarlılık eğitimleri ile gelişimlerinin sağlanması önerilmektedir.

Bu çalışmada, hastanın memnuniyetinin kendisine verilen sağlık hizmetinin kalitesiyle arttığını göstermektedir. Bu nedenle, sağlık kurumları hastaya sağlanan kaliteye odaklanmalıdır ve bu memnuniyet düzeyini arttırmalıdır. Doktor hastanın muayenesine

ve teŖhisine önem vermeli ve yeterli beceri ve yeteneğe sahip olmalı ve alanında deneyimli olmalıdır. Hastayı tedavi etmek için yeterli zaman ayırmalıdır. Böylece baŖarılı klinik sonuçlar elde edilebilir.

Bu alıŖma sadece yedi devlet hastanesinde gerekleŖtirilmiŖtir. Hasta perspektifinden kalite, muayeneye özgü muayene, hasta memnuniyeti ve bekleme süreleri gibi faktörler dikkate alınarak kamu ve özel sektör hastanelerinde, daha farklı örneklem gruplarında alıŖmanın tekrarlanması önerilmektedir. Böylece alıŖma bulgularının geliŖtirilmesi ve alana özgü geliŖtirici tedbirlerin alınması sağlanabilir.



KAYNAKLAR

- Abasolo, I. Barber, P. López-Valcárcel, B. G., & Jiménez, O. (2014). Real Waiting Times For Surgery. Proposal for an improved system for their management, *Gac Sanit*, 28(3), 215-221.
- Andaleeb, S. S. (1998). Determinants of Customer Satisfaction With Hospitals: A Managerial Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(6), 181-187.
- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52, 1359-1370.
- Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2007). Willing to Wait?: The Influence of Patient Wait Time on Satisfaction With Primary Care. *BMC Health Services Research*, 7(31), 1-5.
- Andrén, D., & Granlund, D. (2010), Waiting for the Other Shoe to Drop: Waiting For Health Care and Duration of Sick Leave, Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/46470004_Waiting_for_the_Other_Shoe_to_Drop_Waiting_for_Health_Care_and_Duration_of_Sick_Leave
- Andrén, D., & Granlund, D. (2015). Introducing Waiting Times for Health Care in A Labor Supply Model for Sickness Absence. *Nordic Journal of Health Economics*, 3(1), 34-46.
- Apay, S. E., & Arslan, S. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(3), 239-244.
- Astuti, H. J., & Nagase, K. (2014). Patient Loyalty to HealthCare Organizations: Relationship Marketing and Satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2), 39-56.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.
- Bakan, I., Buyukbese, T., & Ersahan, B. (2014). The Impact of Total Quality Service (TQS) on Healthcare and Patient Satisfaction: An Empirical Study of Turkish Private and Public Hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29, 292-315.

- Benzon, H. T., Dunn, L. K., & Tran, D. Q. (2019). I Can't Get No (Patient) Satisfaction. *International Anesthesia Research Society*, 128(3), 393-395.
- Besterfield, D. H., Besterfield-Michna, C., Besterfield, G. H., & Besterfield Sacre, M. (2003). *Total Quality Management* (Third Edition). United States: Pearson Education International.
- Bollam, M. J., McCarthy, M., & Modell, M. (1988). Patients' Assessment of Out of Hours Care in General Practice. *British Medical Journal*, 296, 829-832.
- Boshoff, C., & Gray, B. (2004). The Relationships Between Service Quality, Customer Satisfaction and Buying Intentions In The Private Hospital Industry. *S.Afr.J.Bus.Manage*, 35(4), 27-37.
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, 65, 34-49.
- Brown, S. W., & Swartz, T. A. (1989). A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, 53(2), 92-98.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, 3(1), 8-32.
- Büber, R., & Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.
- Kaarboe, O., & Carlsen, F. (2014). Waiting Times and Socioeconomic Status. Evidence from Norway. *Health Economics*, 23, 93-107.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Carman, J. M. (2000). Patient perceptions of service quality: combining the dimensions. *Journal of Services Marketing*, 14(4), 337-352.
- Carmel, S. (1985). Satisfaction With Hospitalization: A Comparative Analysis of Three Types of Services. *Soc. Sci. Med.*, 21(11), 1243-1249.

- Caruanaa, A., Ewing, M.T., & Ramaseshanc, B. (2000). Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL: An Experimental Approach. *Journal of Business Research*, 49(1), 57-65.
- Cerny, B. A., & Kaiser, H. F. (1977). A Study Of A Measure Of Sampling Adequacy For Factor-Analytic Correlation Matrices. *Multivariate Behavioral Research*, 12(1), 43-47.
- Chen, Y., Meinecke, J., & Sivey, P. (2016). A Theory of Waiting Time Reporting and Quality Signaling. *Health Econ.*, 25, 1355–1371.
- Constantin, C. (2014). Principal Component Analysis - A Powerful Tool in Computing Marketing Information. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov*, 7(56), 25-30.
- Corbin, J. M. (2003). The Body in Health and Illness. *Qualitative Health Research*, 13, 256-267.
- Coşkun, R., Altunışık, R., & Yıldırım, E. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Güncellenmiş 9. Baskı, Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992), Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cronin J. J. And Taylor, S. A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
- Croucher, J. S. (2004). Optimal Scheduling to Minimise Waiting Time. *The Mathematical Gazette*, 88 (513), 573-576.
- Demir, C., & Çelik, Y. (2002). Determinants of Patient Satisfaction in a Military Teaching Hospital. *Journal for Healthcare Quality*, 24(2), 30-34.
- Donabedian, A. (1988), Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *The Challenge of Quality*, 25(1), 173-192.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Drain, M. (2001). Quality Improvement in Primary Care and the Importance of Patient Perceptions. *Ambulatory Care Manage*, 24(2), 30–46.

- Drost, E. A. (2011). Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38(1): 105-124.
- Feigenbaum, A. V. (1991). *Total Quality Control* (Third Edition). Singapore: McGraw-Hill,.
- Ferrand, Y. B., Siemens, J., Weathers, D., Fredendall, L. D., Choi, Y., Pirrallo, R. G., & Bitner, M. (2016). Patient Satisfaction With Healthcare Services A Critical Review. *Quality Management Journal*, 23(4), 6-22.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of Patient Satisfaction: Important General Considerations. *BMJ*, 302, 887-889.
- Ford, E. W., Huerta, T. R., Diana, M. L., Kazley, A. S., & Menachemi, N. (2013). Patient Satisfaction Scores and Their Relationship to Hospital Website Quality Measures. *Health Marketing Quarterly*, 30, 334-348.
- Fortuny-Santos, J., & Kulasin, D. (2005, November). *Review of the SERVQUAL Concept*. 4th Research/expert Conference with International Participation "QUALITY 2005", Fojnica.
- George, A. K., & Sanda, M. G. (2007). *Measuring Patient Satisfaction*. In D. F. Penson & J. T. Wei (Eds.), *Clinical Research Methods for Surgeons* (pp. 253-265). Totowa: NJ, Humana Press.
- Gibler, J., & Nyswonger, G., Engel, A. M., Grannan, K., & Welling, R. (2011). Improving Satisfaction Ratings of Surgical Patients from Referral to Follow-Up in the Faculty Medical Center Clinic. *Journal of Surgical Education*, 68(5), 360-364.
- Glenn, C., McMichael, A., & Feldman, S. R., (2012). Measuring Patient Satisfaction Changes Patient Satisfaction. *Journal of Dermatological Treatment*, 23(2), 81-82.
- Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (2003). *Quality Management: Introduction to Total Quality Management for Production, Processing, and Services* (Fourth Edition). New Jersey: Prentice Hall,.
- Göransson, K. E., & Rosen, A. v. (2010). Patient Experience of the Triage Encounter in A Swedish Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 18, 36-40.

- Graham, B., Green, A., James, M., Katz, J., & Swiontkowski, M. (2015). Measuring Patient Satisfaction in Orthopaedic Surgery. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 97-A(1), 80-84.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Grönroos, Christian. (1998). Marketing Services: The Case of a Missing Product. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 13(4/5), 322-338.
- Grönroos, C. (2001), The perceived service quality concept - A mistake?. *Managing Service Quality*, 11(3), 150-152.
- Guyatt, G. H., Mitchell, A., Molloy, W., Capretta, R., Horsman, J., & Griffith, L. (1995). Measuring Patient and Relative Satisfaction with Level or Aggressiveness of Care and Involvement in Care Decisions in The Context of Life Threatening Illness. *J Clin Epidemiol*, 48(10), 1215-1224.
- Hachem, F., Canar, J., Fullam, F., Gallan, A. S., Hohmann, S. F., & Johnson, C. (2014). The Relationships Between HCAHPS Communication and Discharge Satisfaction Items and Hospital Readmissions. *Patient Experience Journal*, 1(2), 71-77.
- Harvey, J. (1998). Service quality: a tutorial. *Journal of Operations Management*, 16, 583-597.
- Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. (2012). An Integrative Review of Factors Related to Patient Satisfaction With General Anesthesia Care. *AORN Journal*, 96(4), 368-376.
- Hejduková, P., & Kureková, L. (2016). National Health Systems' Performance: Evaluation WHO Indicators. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 230, 240-248.
- Hudak, P., McKeever, P., & Wright, J. (2004). Understanding the Meaning of Satisfaction With Treatment Outcome. *Medical Care Journal*, 42(8), 718-725.
- Hudak, P., & Wright, J. (2000). The Characteristics of Patient Satisfaction Measures. *SPINE*, 25(24), 3167-3177.

- Ilioudi, S., Lazakidou, A., & Tsironi, M. (2013). Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits. *International Journal of Health Research and Innovation*, 1(1), 67-87.
- Iversen, T., & Luras, H. (2002). Waiting Time as a Competitive Device: An Example From General Medical Practice. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2(3), 189-204.
- Jaklic, T., Kovac, J., Maletic, M., & Bunc, K. (2018). Analysis of Patient Satisfaction With Emergency Medical Services. *Open Med.*, 13, 493-502.
- James, T., Villacis Calderon, E. & Cook, D. (2017). Exploring Patient Perceptions of Healthcare Service Quality Through Analysis of Unstructured Feedback. *Expert Systems With Applications*, 71, 479-492.
- Janet H.Y., & Bronya H.K. (2018). Patient Satisfaction: Concept Analysis in the Healthcare Context. *Patient Education and Counseling*. doi: 10.1016/j.pec.2018.11.013
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2001). Patients' Experiences and Satisfaction with Health Care: Results of a Questionnaire Study of Specific Aspects of Care. *Qual Saf Health Care*, 11, 335-339.
- Johnson, E., Horwood, J., & Gooberman-Hill, R. (2014). Conceptualising Time Before Surgery: The Experience of Patients Waiting for Hip Replacement. *Social Science & Medicine*, 116, 126-133.
- Kabaroğlu, K., Eroğlu, S. E., Ecmel Onur, Ö., Denizbaşı, A., & Akoğlu, H. (2013). Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Marmara Medical Journal*, 26, 82-89.
- Kalaja, R., Myshketa, R., & Scalera, F. (2016). Service Quality Assessment in Health Care Sector: The Case of Durres Public Hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235, 557-565.
- Kamali, M., & Jain, M., Jain, A., & Schneider, S. (2013). Emergency Department Waiting Room: Many Requests, Many Insured and Many Primary Care Physician Referrals. *International Journal of Emergency Medicine*, 6(35), 1-7.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Karagöz, Y. (2017). *SPSS ve AMOS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kash, B., & McKahan, M. (2017). The Evolution of Measuring Patient Satisfaction. *Journal of Primary Health Care and General Practice*, 1(1), 1-4.
- Kasiri, L., Guan Cheng, K., Sambasivan, M., & Sidin, S. (2017). Integration of Standardization and Customization: Impact on Service Quality, Customer Satisfaction and Loyalty. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 35, 91-97.
- Kaya, E. (2003). *Belediyelerde Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9001* (I. Baskı). İstanbul: İlke Yayıncılık.
- Khan, A. A., Siddiqui, A. Z., Mohsin, S. F., & Mohamed, B. A. (2018). Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction in Public and Private Dental Clinics. *Pakistan Journal of Medical Science*, 34(5), 1152-1157.
- Kilbourne, W. E., Duffy, J. A., Duffy, M., & Girarchi, G. (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *The Journal of Services Marketing*, 18(7), 524-533.
- Kim, R., Gaukler, G., & Lee, C. (2016). Improving healthcare quality: A technological and managerial innovation perspective. *Technological Forecasting & Social Change*, 113, 373-378.
- Koç, A., Öztaş, D., Karahan, S., Fırat, H., Uzun, M., & Öztürk, L. (2017). Assessment and Evaluation of Patient Satisfaction Levels in HealthCare Institutions. *International Peer-Reviewed Journal of Humanities and Academic Science*, 19, 50-69.
- Kolodinsky, J. (1999). Consumer Satisfaction with a Managed Health Care Plan. *The Journal of Consumer Affairs*, 33(2), 223-236.
- Kowalska, I., Sagan, A., Mokrzycka, A., & Zabdyr-Jamroz, M. (2015). The First Attempt to Create a National Strategy For Reducing Waiting Times in Poland: Will it Succeed?. *Health Policy*, 119, 258-263.
- Kreindler, S. (2010). Policy Strategies to Reduce Waits For Elective Care: A Synthesis of International Evidence. *British Medical Bulletin*, 95, 7-32.

- Ladhari, R. (2008). Alternative measures of service quality: a review. *Managing Service Quality: An International Journal*, 18(1): 65-86.
- Lee, H., Delene, L., Bunda, M., & Kim, C. (2000). Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48, 233-246.
- Lakshmi, S., & Akbar Mohideen, M. (2013). Issues in Reliability and Validity of Research. *International Journal of Management Research and Review*, 3(4), 2752-2758.
- Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. (1979). Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of A General Scale. *Eval Program Plann*, 2, 197-207.
- Larsson B. W., & Larsson G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *J Clin Nurs.*, 11(5), 681-687.
- Lehtinen U., & Lehtinen J. (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. *The Service Industries Journal*, 2(3), 287-303.
- Li, C., Matthews, A., Dossaji, M., & Fullam, F. (2017). The Relationship of Patient-Provider Communication on Quality of Life Among African American and White Cancer Survivors. *Journal of Health Commun*, 22(7), 584-592.
- Li, M., Lowrie, D., Huang, C., Lu, X., Zhu, Y., Wu, X., Shayiti, M., Tan, Q., Yang, H., Chen, S., Zhao, P., He, S., Wang, X., Lu, H. (2015). Evaluating Patients' Perception of Service Quality at Hospitals in Nine Chinese Cities By Use of The SERVQUAL Scale. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(6), 497-504
- Mahboub, B., Mawasi, A., Ali, S., & Spina, C. (2018). Patients' Satisfaction as a Dimension of Quality: A Survey on Outpatients' Care in Dubai. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(8): 1030-1043.
- Mangold, W., & Babakus, E. (1991). Service Quality: The Front-Stage vs. The Back-Stage Perspective. *Journal of Services Marketing*, 5, 59-70.
- Marley, K. A., Collier, D. A., & Meyer Goldstein, S. (2004). The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences*, 35 (3): 349-369.

- Marshall, G.N., & Hays R. D. (1994). The Patient Satisfaction Questionnaire Short-form (PSQ-18). Santa Monica, CA: RAND: 1-36. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf>, Erişim tarihi: 01/02/2019.
- Mazurenko, O., Richter, J., Swanson-Kazley, A., & Ford, E. (2016). Examination of The Relationship Between Management and Clinician Agreement on Communication Openness, Teamwork, and Patient Satisfaction in The US Hospitals, *Journal of Hospital Administration*, 5(4), 20-27.
- McCarthy, K., McGee, H. M., & O'Boyle, C. A. (2000). Outpatient Clinic Waiting Times and Non-Attendance as Indicators of Quality. *Psychology, Health & Medicine*, 5(3), 287-293.
- McDougall, G. & Levesque, T. (1994). A Revised View of Service Quality Dimensions: An Empirical Investigation. *Journal of Professional Services Marketing*, 11(1), 189-210.
- McMullen, M., & Netland, P. (2013). Wait Time As A Driver of Overall Patient Satisfaction in An Ophthalmology Clinic. *Clinical Ophthalmology*, 7, 1655-1660.
- Medway, A., Riese, W., Riese, C., & Cordero, J. (2016). Why Patients Should Arrive Late: The Impact of Arrival Time on Patient Satisfaction in An Academic Clinic, *Healthcare Journal*, 4, 188-191.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service Quality, Consumer Satisfaction and Loyalty in Hospitals: Thinking For The Future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
- Mittal, A. (2016). The Influence of Waiting Time Satisfcation on Customer Loyalty Towards Multi-Stage Services in a Full Service Resturant: Evidence From India. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Economics*, 6(183), 22-26.
- Mira J. J., Tomas O., Virtudes-Perez M., Nebot C., & Rodriguez-Marin J. (2009). Predictors of Patient Satisfaction in Surgery. *Surgery Journal*, 145(5), 536-541.
- Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare Service Quality: Towards a Broad Definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-219.

- Mpinga, E., & Chastonay, P. (2011), Satisfaction of Patients: A Right to Health Indicator?. *Health Policy*, 100, 144-150.
- Naidu, A. (2009). Factors Affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22 (4), 366-381.
- Nelson, D., Coleman, K., & Walker, J. (1997). Why are you waiting? Formulating An Information Pamphlet For Use in An Accident and Emergency Department. *Accid Emerg Nurs*, 5, 39-41.
- Neupane, R., & Devkota, M. (2017). Evaluation of the Impacts of Service Quality Dimensions on Patient/Customer Satisfaction: A Study of Private Hospitals in Nepal. *International Journal of Social Sciences and Management*, 4(3), 165-176.
- Nguyen, S., Yamamoto, E. Nguyen, M., Le, Huy B., Kariya, T., Saw, Y., Nguyen, C., & Hamajima, N. (2018). Waiting Time in the Outpatient Clinic at a National Hospital in Vietnam. *Nagoya J. Med. Sci*, 80, 227-239.
- NSW Government Health Policy. (2018). Emergency Department Patients Awaiting Care: Procedures: 1-12.
- Oche, M., & Adamu H. (2013). Determinants of Patient Waiting Time in the General Outpatient Department of a Tertiary Health Institution in North Western Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(4), 588-592.
- Omachonu, V. (1990). Quality of Care and The Patient: New Criteria For Evaluation. *Health Care Management Review*, 15 (4), 43-50.
- Otani, K., Deng, Y., Waterman, B., & Claiborne, D. (2014). Increasing Patient Satisfaction: A New Model Development. *Health Marketing Quarterly*, 31(4), 370-382.
- Oudhoff, J.P., Timmermans, DRM., Knol, D.L., Bijnen, A.B., & Wal, G. (2007). Waiting for Elective General Surgery: Impact on Health Related Quality of Life and Psychosocial Consequences. *BMC Public Health*, 7(164), 1-10.
- Öcel, Y. (2016). Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Bolu ve Düzce Örneği. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1, 56-79.

- Papa, L., Seaberg, D., Rees, E., Ferguson, K., Stair, R., Goldfeder, B., & Meurer, D. (2008). Does a Waiting Room Video About What to Expect During an Emergency Department Visit Improve Patient Satisfaction?. *CJEM*, 10(4), 347-354.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Berry, L.L. & Zeithaml, V.A., (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Park, G., Kim, Y., Park, K., & Agarwal, A. (2016). Patient-Centric Quality Assessment Framework for Healthcare Services. *Technological Forecasting & Social Change*, 113, 468–474.
- Pascoe, G. (1984). Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Platonova, E., Kennedy, K., & Shewchuk, R. (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. *Medical Care Research and Review*, 65(6), 696-712.
- Purcarea, V., Gheorghe, I., & Petrescu, C. (2013). The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. *Procedia Economics and Finance*, 6, 573-585.
- Prakash, B. (2010). Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151-155.
- Press, I. (2005). *Patient Satisfaction Understanding and Managing the Experience of Care* (Second Edition). Chicago: American College of Healthcare Executives-Health Administration Press.
- Priporas, C., Laspa, C., & Kamenidou, I. (2008). Patient Satisfaction Measurement for In-Hospital Services: A Pilot Study in Greece. *Journal of Medical Marketing*, 8(4), 325-340.

- Quinn, G., Jacobsen, P., Albrecht, T., Ellison, B., Newman, N., Bell, M., & Ruckdeschel, J. (2004). Real-Time Patient Satisfaction Survey and Improvement Process. *Hospital Topics*, 82(3), 26-32.
- Rahim, A. (2018). Socio-demographic Characteristics and Perceptions of Service Quality: A Study of air Travellers in Lagos State, Nigeria. *Ekonomik Management Innovation Journal*, 10(3), 57-77.
- Ramsaran-Fowdar, R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27(4): 428-443.
- Ramsaran-Fowdar, R. (2008). The Relative Importance of Service Dimensions in a Healthcare Setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 104-124.
- Renzi, C., Abeni, D., Picardi, A., Agostini, E., Melchi, CF., Pasquini, P., Puddu, P., & Braga, M. (2001). Factors Associated With Patient Satisfaction With Care Among Dermatological Outpatients. *British Journal of Dermatology*, 145: 617-623.
- Richard, M., & Allaway, A. (1993). Service Quality Attributes and Choice Behaviour. *Journal of Services Marketing*, 7(1): 59-68.
- Rubin H. R., Gandek B., Rogers W. H., Kosinski, M., McHorney C.A., & Ware, J.E. Jr. (1993). Patients' Ratings of Outpatient Visits in Different Practice Settings. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.*, 270(7), 835-840.
- Rust, R., & Oliver, R. (1994). Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier. In Rust, R.T. and Oliver, R.L (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* (1-20). California: SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Säilä, T., Mattila, E., Kaila, M., Aalto, P., & Kaunonen, M., (2008). Measuring Patient Assessments of The Quality of Outpatient Care: A Systematic Review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 148–154.
- Savage, R., & Armstrong, D. (1990). Effect of a General Practitioner's Consulting Style on Patients' Satisfaction: A Controlled Study. *BMJ*, 301, 968-970.
- Shafii, M., Rafiei, S., Abooe, F., Mojtaba N., Mohammad A., Lotfi, F., & Khanjankhani, K. (2016). Assessment of Service Quality in Teaching Hospitals

- of Yazd University of Medical Sciences: Using Multi-Criteria Decision Making Techniques. *Osong Public Health Res Perspect*, 7(4), 239-247.
- Shenton, A. (2004). Strategies for Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects. *Education for Information*, 22, 63-75.
- Shirley, E., & Sanders, J. (2013). Patient Satisfaction: Implications and Predictors of Success. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 95(e69): 1-4.
- Siciliani, L., Borowitz, M., and Moran, V. (2013). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.
- Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2014). Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries. *Health Policy*, 118, 292-303.
- Streiner, D. (2013). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103.
- Sullon-Cuchupoma, C., Meneses La Riva, M., Fernández Bedoya, V., & Suyo Vega, J. (2020). The Quality of Care and Loyalty of External Users in Peruvian Ophthalmological Centers. *Journal of Nurse and Midwifery*, 7(2), 151-161.
- Tran, T., Nguyen, U., Nong, V., & Tran, B. (2017). Patient Waiting Time in the Outpatient Clinic at a Central Surgical Hospital of Vietnam: Implications for Resource Allocation. *F1000Research*, 6(454), 1-12.
- Untachaia, S. (2013). Modeling Service Quality in Hospital as a Second Order Factor, Thailand. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 88, 118-133.
- Viberg, N., Forsberg, B., Borowitz, M., & Molin, R. (2013). International Comparisons of Waiting Times in Health Care—Limitations and Prospects. *Health Policy*, 112, 53-61.
- War, J. (1978). Effects of Acquiescent Response Set on Patient Satisfaction Ratings. *Lippincott Williams & Wilkins*, 16(4), 327-336.
- Wazir, A., Shukla, A., & Dutton, R. (2018). Patient Satisfaction in Anesthesia Implementation, Relevance, and Identification of Meaningful Measures. *Advances in Anesthesia*, 36, 23-37.
- Weiss, B., & Senf, J. (1990). Patient Satisfaction Survey Instrument for Use in Health Maintenance Organizations. *Medical Care*, 28(5), 434-445.

- WHO. (2006). Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems (Ch. 2) Basic Concepts of Quality, WHO Geneva.
- Wicks, A., & Chin, W. (2008). Measuring The Three Process Segments of A Customer's Service Experience for An Out-Patient Surgery Center. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 24-38.
- Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: A Valid Concept?. *Soc. Sci. Med.*, 38(4), 509-516.
- Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Edwards, R., Pearse, J., & Tu, J. (2007). Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison of Strategies. *Health Affairs*, 26(4), 1078-1087.
- Wong, W., & Fielding, R. (2008). The Association Between Patient Satisfaction and Quality of Life in Chinese Lung and Liver Cancer Patients. *Medical Care*, 46(3), 293-302.
- World Health Organization. (2018). Organization for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage, Geneva. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo> Erişim Tarihi: 24-03-2019.
- Xie, Z., & Or, C. (2017). Association Between Waiting Times, Service Times, and Patient Satisfaction in an Endocrinology Outpatient Department: A Time Study and Questionnaire Survey. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54, 1-10.
- Yellen, E., Davis, G., & Ricard, R. (2002). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 23-29.
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, 52, 2-22.
- Zineldin, M. (2006) The quality of health care and patient satisfaction: An Exploratory Investigation of the 5Qs Model at Some Egyptian and Jordanian Medical Clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60-92.

EKLER

Ek 1: Anket Formu (Türkçe)

Sayın anket yanıtlayıcısı,

Bu anket aracılığıyla toplanan veriler, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi bölümünde sürdürmekte olduğum yüksek lisans programının Bekleme Süreleri ve Hizmet Sürelerinin Üzerinde Hasta Memnuniyeti Etkisi adlı tezinde kullanılmak üzere toplanmaktadır. Soruları, sağlıklı bilimsel veriler elde edebilmek için dikkatli okuyup cevaplamanızı rica ederim.

Saygılarımla,

İlk kısım: Demografik özellikleri

Cinsiyet:

☐ Erkek

☐ kadın

Sosyal durum:

☐ Evli

☐ Bekar

Yaş:.....

Eğitim Yeterlilik:

☐ Lise veya altında

☐ Ön lisans

☐ Lisans

☐ Yüksek Lisans/Doktora

Sağlık Kurumu:

☐ Al Shifa Tıp Kompleksi

☐ Nasır Tıp Kompleksi

☐ El Aqsa Şehitler Hastanesi

☐ Avrupa Hastanesi

☐ Endonezya Hastanesi

☐ Göz Hastanesi

☐ Mohammed Yusef Al Najjar Hastanesi

İkamet yeri:

☐ Gazze'nin Kuzey İlçesi

☐ Khan Younis İlçesi

☐ Rafah İlçesi

☐ Gazze İlçesi

☐ Deir al-Balah İlçesi

Hastaneye ziyaret sayısı:

- ☐ Haftada bir kez, ☐ Haftada bir kezden fazla
☐ Ayda bir kez ☐ Ayda bir kereden fazla
☐ Yılda bir kez ☐ Yılda bir kezden fazla

İkinci kısım: Çalışmanın konuları

N	Maddeler	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsız	katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hastanın Algısı Kalitesi						
1	Mümkün olan en iyi fiziksel bakımı alıyorum.					
2	Mümkün olan en iyi tıbbi bakımı alıyorum.					
3	Etkili ağrı kesici alıyorum.					
4	Kabul edilebilir bekleme süreleri içerisinde muayeneler ve tedaviler alırım / görüyorum.					
5	Tıbbi bakımım için gerekli olan cihaz ve araç gereça erişebilirim.					
6	Tedaviye başlamadan önce muayenelerin ve tedavilerin nasıl yapılacağı hakkında bilgi ve açıklama alıyorum.					
7	Muayene ve tedavilerdeki sonuçlar hakkında bilgiler alıyorum.					
8	Kişisel bakım hakkında yararlı bilgiler alıyorum.					
9	Tıbbi bakımımdan hangi doktorların sorumlu olduğu hakkında bilgiler alıyorum.					
10	Tıbbi bakımımdan hangi hemşirelerin sorumlu olduğu hakkında bilgiler alıyorum.					
11	Bakımımle ilgili kararlara katılmak için iyi bir fırsatım oldu.					
12	Doktorlar, beni muayene etmek için özen gösterdiler.					
13	Hemşireler ve yardımcı hemşireler beni önemsiyorlardı.					
14	Doktorların benim acılarımı nasıl karşılaştığını anladıklarını görüyorum.					

15	Hemşireler ve asistan hemşirelerin benim acılarımı nasıl karşılaştığını anladıklarını görünüyor.					
16	Doktorlar bana saygı gösteriyor.					
17	Hemşireler bana saygı gösteriyor.					
18	Sağlık durumum hakkında bilgi almak istediğimde doktorlarla özel olarak konuşabiliyorum.					
19	Sağlık durumum hakkında bilgi almak istediğimde hemşirelerle özel olarak konuşabiliyorum.					
20	Departmanlarda hoş bir ortam var.					
21	Akrabalarım ve arkadaşlarım iyi tedavi edildi.					
22	Sağlık bakımım, sağlık personel prosedürden daha fazla kendi ihtiyaç ve gereksinimlerime dayanıyor.					
Hasta Memnuniyeti						
23	Doktorlar tıbbi testlerin nedenini iyi açıklıyorlar.					
24	Doktor ofisinde tıbbi bakım sağlamak için gerekli olan şeylere sahiptir.					
25	Mükemmel tıbbi bakım alıyorum / görüyorum.					
26	Bazen doktorlar teşhislerinin doğru olup olmadığını merak ediyorum.					
27	Finansal olarak ayarlamadan ihtiyacım olan tıbbi bakımı alabilirim.					
28	Doktorlar tıbbi bakım için kendilerine gittiğimde tedavime ve muayeneme önem veriyor.					
29	Tıbbi bakım için karşılayabileceğimden daha fazla ödemek zorundayım.					
30	İstediğim uzman doktorlara kolayca ulaşabilirim.					
31	Tıbbi bakım aldığım yerde insanlar acil tedavi için çok uzun süre beklemek zorundalar.					
32	Doktorlar tedavi edildiğimde meşgul gibi davranıyorlar.					
33	Doktorlarım bana çok samimi ve kibar davranıyorlar.					
34	Doktorlar bazen beni tedavi ederken çok acele ediyorlar.					

35	Doktorlar bazen onlara söylediklerimi önemsemiyorlar.					
36	Bazen beni tedavi eden doktorun yeteneklerine güvenmiyorum.					
37	Doktorlar genellikle benimle çok fazla zaman geçirir.					
38	Derhal tıbbi bakım için randevu almayı zor buluyorum.					
39	Aldığım bazı tıbbi bakımdan memnun değilim.					
40	İhtiyacım olduğunda tıbbi bakım alabiliyorum.					
Ziyarete Özel Memnuniyet						
	Maddeler	Poor 1	Fair 2	Good 3	Very good 4	Excellent 5
41	Randevu almak için beklediğiniz süre hakkında değerlendirin.					
42	Hastane yerinin uygunluğu hakkında değerlendirin.					
43	Telefonla hastaneye gidiyorum.					
44	Hastanede bekleme süresi hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					
45	Gördüğünüz hekim / sağlık uzmanıyla geçirdiğiniz zaman hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					
46	Sizin için neler yapıldığının açıklaması hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					

47	Gördüğünüz hekim / sağlık uzmanının teknik becerileri titizlik, dikkat, yetkinlik gibi hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					
48	Gördüğünüz kişinin kişisel tarzı nezaket, saygı, hassasiyet, samimiyet gibi hakkındaki değerlendirmeniz nedir?					
49	Genel olarak ziyarete ilişkin değerlendirmeniz nedir?					

İlginiz için teşekkürler

Ek 2: Anket Formu (Arapça)

الأخ الكريم / الأخت الكريمة...

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،

أحيط سيادتكم علماً بأنني أجري دراسة علمية بغرض استكمال متطلبات الحصول

على درجة الماجستير في تخصص الادارة الصحية، وهذه الدراسة بعنوان:

أثر أوقات الانتظار ووقت الخدمة المقدمة على رضا المريض في المستشفيات الحكومية

في قطاع غزة

ونظراً لأهمية رأيكم في موضوع الدراسة، فإنني أرجو التكرم بالإجابة عن جميع

فقرات هذه الاستبانة بدقة وعناية وموضوعية، بهدف الحصول على نتائج دقيقة وحقيقية.

مع العلم بأن المعلومات الواردة في هذه الاستبانة ستكون محل اهتمام الباحث، وسوف

تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكراً لكم حسن تعاونكم واستجابتكم

الجزء الأول: الخصائص الديمغرافية

الارشادات التوضيحية: يرجى التكرم بوضع إشارة (X) في المكان المناسب.

الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

الحالة الاجتماعية:

☐ متزوج ☐ أعزب ☐ أخرى

العمر:

المؤهل العلمي:

☐ ثانوية عامة فما دون ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

المؤسسة الصحية:

☐ مجمع الشفاء الطبي ☐ مجمع ناصر الطبي ☐ المستشفى الأوروبي

☐ مستشفى الأندونيسي ☐ مستشفى شهداء الأقصى ☐ مستشفى محمد يوسف النجار
☐ مستشفى العيون

مكان الإقامة:

☐ محافظة شمال غزة ☐ محافظة غزة ☐ محافظة الوسطى
☐ محافظة خان يونس ☐ محافظة رفح

عدد مرات الذهاب الى المستشفى:

☐ مرة واحدة في الأسبوع ☐ أكثر من مرة في الأسبوع
☐ مرة واحدة في الشهر ☐ أكثر من مرة في الشهر
☐ مرة واحدة في السنة ☐ أكثر من مرة واحدة في السنة

*الوقت المستغرق منذ يوم حجز الموعد حتى يوم الحضور الى المستشفى (تقديريا).....

*الوقت الذي تقضيه منذ دخولك الى المستشفى حتى الخروج منها (تقديريا).....

*الوقت الذي تقضيه في صالة الانتظار حتى الدخول الى الطبيب المعالج (تقديريا).....

الجزء الثاني: محاور الدراسة

م.	الفقرة	غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً
أولاً: الجودة من وجهة نظر المريض (الجودة المدركة)						
1	أُتلقى أفضل رعاية جسدية ممكنة.					
2	أُتلقى أفضل رعاية طبية ممكنة.					
3	أُتلقى مسكن فعال يخفف الألم.					
4	أُتلقى الفحوصات والعلاج في أوقات الانتظار المقبولة.					
5	تمكنت من الوصول إلى الأجهزة والمعدات والأدوات التي كانت مهمة لرعايتي الطبية.					
6	أُتلقى معلومات وشرح حول كيفية إجراء الفحوصات والعلاج قبل البدء بالعلاج.					
7	يتم إبلاغي ومشاركتي بمعلومات حول نتائج الفحوصات والعلاج.					
8	أُتلقى معلومات مفيدة عن كيفية الاعتناء بالنفس.					
9	أُتلقى معلومات مفيدة عن الأطباء المسؤولين عن رعايتي الطبية.					

					10	أتلقى معلومات مفيدة عن أي الممرضات مسؤولين عن رعايتي التمريضية.
					11	أتاحت لي فرصة جيدة للمشاركة في القرارات المتعلقة في رعاية حالتي الصحية.
					12	أظهر الأطباء الالتزام لرعاية حالتي الصحية والاهتمام بها
					13	أظهر الممرضون الالتزام لرعاية حالتي الصحية والاهتمام بها.
					14	الأطباء يفهمون معاناتي لحالي الصحية.
					15	الممرضين يفهمون معاناتي لحالي الصحية.
					16	الأطباء يظهرون درجة من الاحترام ناحيتي.
					17	الممرضون يظهرون درجة من الاحترام ناحيتي.
					18	أتحدث مع الأطباء على انفراد عندما أريد الاستفسار عن حالتي الصحية.
					19	أتحدث مع الممرضين على انفراد عندما أريد الاستفسار عن حالتي الصحية.
					20	هناك جو لطيف وعائلي في أقسام الرعاية.
					21	يعامل أقاربي وأصدقائي معاملة جيدة عند مرافقتي.
					22	تحدد طريقة رعايتي بناء على طلبي واحتياجاتي الخاصة أكثر من تحديدها من قبل الموظفين.
ثانيا: رضا المريض						
					23	يشرح الأطباء سبب عمل التحاليل الطبية بشكل جيد وواضح.
					24	يوجد في غرفة الطبيب كل ما يلزم لتوفير وتلقي الرعاية الطبية.
					25	أتلقى رعاية طبية كاملة.
					26	أحيانا أكون في حيرة من تشخيص الأطباء الصحيح.
					27	أشعر بالثقة لأنني أستطيع الحصول على الرعاية الطبية التي أحتاجها دون أن أتردد من الناحية المالية.
					28	الأطباء يهتمون ويحرصون على علاجي وفحصي عندما أذهب اليهم للحصول على الرعاية الطبية.
					29	يجب أن أدفع مقابل الرعاية الطبية أكثر مما أستطيع تحمله.
					30	أستطيع الوصول إلى الأطباء الأخصائيين الذين أريدهم بسهولة.
					31	يجب على الناس الانتظار مدة طويلة من أجل العلاج في المكان الذي

					أحصل فيه على الرعاية الطبية.	
					الأطباء يتظاهرون بالانشغال عند معالجتني.	32
					الأطباء يعاملونني بطريقة ودية ومهذبة.	33
					الذين يقدمون لي الرعاية الطبية يسرعون في علاجي في بعض الأحيان.	34
					الأطباء يتجاهلون ما أقوله لهم في بعض الأحيان.	35
					أشك أحيانا في قدرات الطبيب الذي يعالجنني.	36
					الأطباء يقضون وقتا كافيا في علاجي.	37
					الحصول على موعد للرعاية الطبية صعب.	38
					أنا غير راضٍ عن بعض الرعاية الطبية التي أتلقاها.	39
					أستطيع الحصول على الرعاية الطبية كلما دعت حاجتي إليها.	40
عالي جدا	عالي	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا	ثالثا: الرضا عن الزيارة	م.
					ما هو تقييمك لوقت الانتظار للحصول على موعد للعلاج؟	41
					ما هو تقييمك لملائمة موقع المستشفى بالنسبة لمكان سكنك؟	42
					ما هو تقييمك للحجز عن طريق الهاتف للذهاب الى المستشفى؟	43
					ما هو تقييمك لمدة الانتظار في المستشفى؟	44
					ما هو تقييمك للوقت الذي تقضيه مع طبيبك ؟	45
					ما هو تقييمك للشرح والتوضيح للإجراءات العلاجية التي تم عملها لك؟	46
					ما هو تقييمك للمهارات الفنية مثل الدقة، الحذر، والكفاءة للطبيب الذي عالجتك؟	47
					ما هو تقييمك للتعامل الشخصي مثل المجاملة، الاحترام، الحساسية، والود للأشخاص الذين رأيتهم في مكان الرعاية الصحية؟	48
					ما هو تقييمك للزيارة بشكل عام؟	49

شكرا لتعاونكم

Ek 3: Etik Kurul Onay Belgesi

State of Palestine
Ministry of health



دولة فلسطين
وزارة الصحة

التاريخ: 30/04/2019
رقم المراسلة: 317738

السيد : رامي عبد العبداله المحترم

مدير عام بالوزارة / الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية/وزارة الصحة

السلام عليكم ,,,

الموضوع/ تسهيل مهمة الباحثة/ زهرة هنية

التفاصيل //

بخصوص الموضوع أعلاه، يرجى تسهيل مهمة الباحثة/ زهرة شعبان هنية
الملتحة في برنامج ماجستير الإدارة الصحية - جامعة سكايري بتركيا في إجراء بحث بعنوان :-
"أثر أوقات الانتظار وأوقات الخدمة المقدمة على رضا المرضى: دراسة حالة: قطاع غزة"
حيث الباحثة بحاجة لتعبئة استبانة من عدد من المستفيدين من خدمات المستشفيات (مجمع الشفاء الطبي ومجمع ناصر
الطبي ومستشفى الاندونييسي ومستشفى غزة الأوربي ومستشفى شهداء الأقصى ومستشفى أبو يوسف النجار) .
نأمل توجيهاتكم لذوي الاختصاص بضرورة الحصول على الموافقة المستنيرة من المرضى - او ذويهم- الذين هم على
استعداد للمشاركة في البحث ومن ثم تمكين الباحثة من التواصل معهم، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن
أخلاقيات البحث العلمي، ودون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسؤولية.

وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،

ملاحظة / تسهيل المهمة الخاص بالدراسة أعلاه صالح لمدة 3 أشهر من تاريخه.

محمد إبراهيم السرساوي
مدير دائرة/الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية



التحريات

إجراء انكم بالخصوص (30/04/2019)	← رامي عبد سليمان العبداله (مدير عام بالوزارة)	■ محمد إبراهيم محمد السرساوي (مدير دائرة)
إجراء انكم بالخصوص (02/05/2019)	← عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)	■ رامي عبد سليمان العبداله (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)	■ عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)	■ عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← محمد خليل محمد زقوت (مدير)	■ عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← شوقي ابراهيم عبد القادر سالم (مدير مستشفى)	■ عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← عاطف محمد خليل الحوت (مدير مستشفى)	■ عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← كمال عواد محمد خطاب (مدير مستشفى)	■ عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← يوسف فوزي اسماعيل العفاد (مدير مستشفى)	■ عبد اللطيف محمد محمد الحاج (مدير عام بالوزارة)

Gaza

Tel. (+970) 8-2846949
Fax. (+970) 8-2826295

غزة
تلفون: (+970) 8-2846949
فاكس: (+970) 8-2826295

للإفادة (02/05/2019)	← عمر عبدالله حسين الأسطل (مدير دائرة)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← بيان مصباح غانم شراب (مدير صيدلية)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← علاء الدين محمود فايز المصري (طبيب رئيس قسم)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← وليد عبد أحمد ابو حطب (طبيب رئيس قسم)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← أيمن خالد عثمان الفراء (طبيب مقيم)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← صبحي محمد زيدان قشلة (مدير دائرة)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← صوفيا شحده محمود زعرب (مدير)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← وئام ابراهيم اسماعيل فارس (رئيس قسم اداري)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← عطا عبد الغني خميس الجزار (حكيم جامعي)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
للإفادة (02/05/2019)	← طارق سليمان عبد ابو مصطفى (طبيب بشري أخصائي)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← حسن محمد خليل حافظ اللوح (مدير)	■ مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← حسن محمد خليل حافظ اللوح (مدير)	■ مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← زهير محمود أحمد نوفل (مدير دائرة التمريض)	■ مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← زهير محمود أحمد نوفل (مدير دائرة التمريض)	■ مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← رأفت حامد يوسف حمدونه (مدير دائرة)	■ مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← رأفت حامد يوسف حمدونه (مدير دائرة)	■ مدحت عباس خضر حسن (مدير عام بالوزارة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← ()	■ يوسف فوزي اسماعيل العقاد (مدير مستشفى)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← عطا اسماعيل خليل الجعبري (مدير دائرة التمريض)	■ يوسف فوزي اسماعيل العقاد (مدير مستشفى)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← كمال صبحي عبد الحميد موسى (مدير اداري)	■ يوسف فوزي اسماعيل العقاد (مدير مستشفى)
إجراء انكم بالخصوص (02/05/2019)	← محمد عبد الفتاح سعيد صبح (مدير)	■ عاطف محمد خليل الحوت (مدير مستشفى)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← صابر بن طاهر خليل الاغا (رئيس قسم اداري)	■ عمر عبدالله حسين الأسطل (مدير دائرة)
لعمل اللازم (02/05/2019)	← محمد خليل يوسف المغيرة (رئيس قسم اداري)	■ محمد عبد الفتاح سعيد صبح (مدير)
للإطلاع و توجيهاتكم بالخصوص (02/05/2019)	← غازي سليمان عبدالله عاشور (مدير)	■ عطا عبد الغني خميس الجزار (حكيم جامعي)
للإطلاع و توجيهاتكم بالخصوص (02/05/2019)	← وائل عبد المجيد عبد الرحيم عبد الهادي (مدير)	■ عطا عبد الغني خميس الجزار (حكيم جامعي)
لعمل اللازم (05/05/2019)	← ايهاب أحمد محمود ابوسمعان (مدير دائرة)	■ شوقي ابراهيم عبد القادر سالم (مدير مستشفى)
لعمل اللازم (05/05/2019)	← هشام عبد الرحمن محمود احمد (مدير دائرة التمريض)	■ شوقي ابراهيم عبد القادر سالم (مدير مستشفى)
لعمل اللازم والإفادة (05/05/2019)	← عبد الفتاح عبد الرازق عبد الفتاح خضر (حكيم مشرف)	■ هشام عبد الرحمن محمود احمد (مدير دائرة التمريض)
لعمل اللازم والإفادة (05/05/2019)	← عصام سعدي عبد نبهان (حكيم جامعي)	■ هشام عبد الرحمن محمود احمد (مدير دائرة التمريض)
لعمل اللازم والإفادة (05/05/2019)	← معين عزات محمود المدهون (حكيم جامعي)	■ هشام عبد الرحمن محمود احمد (مدير دائرة التمريض)
لعمل اللازم والإفادة (05/05/2019)	← وائل محمود ديب ريان (حكيم جامعي)	■ هشام عبد الرحمن محمود احمد (مدير دائرة التمريض)
للإفادة (05/05/2019)	← يحيى عبد القادر رمضان النواجحة (رئيس شعبة اداري)	■ كمال صبحي عبد الحميد موسى (مدير اداري)
لعمل اللازم (05/05/2019)	← مها صبري محمد زايد (سكرتاريا طبية)	■ ايهاب أحمد محمود ابوسمعان (مدير دائرة)
إجراء انكم بالخصوص (05/05/2019)	← محمد عبد الرحيم أحمد زقوت (طبيب رئيس قسم)	■ حسن محمد خليل حافظ اللوح (مدير)

Gaza

Tel. (+970) 8-2846949
Fax. (+970) 8-2826295

غزة
هاتف. (+970) 8-2846949
فاكس. (+970) 8-2826295

إجراء انكم بالخصوص (05/05/2019)	← فاني عبدالله محمد مهدي (طبيب مسجل مساعد / ممارس عام)	■ حسن محمد خليل حافظ اللوح (مدير)
إجراء انكم بالخصوص (05/05/2019)	← مروان حسن محمود ابوسعدة (مدير مستشفى)	■ حسن محمد خليل حافظ اللوح (مدير)
إجراء انكم بالخصوص (05/05/2019)	← محمد عزمي سليمان الحاج (معرض عملي)	■ كمال عواد محمد خطاب (مدير مستشفى)
إجراء انكم بالخصوص (05/05/2019)	← وائل عبد الهادي محمد ابو سلوت (مدير اداري)	■ كمال عواد محمد خطاب (مدير مستشفى)
للإفادة (04/07/2019)	← خولة عبد الكريم خليل الحلاق (حكيم جامعي)	■ محمد خليل محمد زقوت (مدير)

Gaza

Tel. (+970) 8-2846949
Fax. (+970) 8-2826295

تلفون. (+970) 8-2846949
فاكس. (+970) 8-2826295

غزة

ÖZGEÇMİŞ

Zahra HANIYA ilköğretimini Gazze Aldaraj İlkokulu'nda bitirmesinin ardından, ortaöğretimini Mamouniye Okulu'nda, lise öğretimini ise, Başir AlRayıs Lisesi'nde Bilimsel Bölüm tamamlamıştır. Ön lisans eğitimini Gazze Topluluğu/Eğitim Koleji, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi Bölümünde aldı. Lisans eğitimini Al-Quds Open Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü'nde tamamladı. 2017 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.

