

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

**HASTA PERSPEKTİFİNDEN SAĞLIK
KURULUŞLARINDAKİ SÜREÇ KALİTESİNİN
HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Kadir YILDIRIM

**Enstitü Anabilim Dalı: İşletme Bölümü
Enstitü Bilim Dalı : Üretim Yönetimi ve Pazarlama**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN

HAZİRAN 2021

Kadir YILDIRIM tarafından hazırlanan “Hasta perspektifinden sağlık kuruluşlarındaki süreç kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi” başlıklı bu tez, 04/06/2021 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman : Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Selami ÖZCAN

Yalova Üniversitesi

Doç. Dr. Samet GÜNER

Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi İsa DEMİRKOL

Bursa Teknik Üniversitesi

Orjinallik Beyan Formu

	T.C.		Sayfa : 1/1
	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ		
	İŞLETME ENSTİTÜSÜ		
	TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU		
Öğrencinin			
Adı Soyadı	:	Kadir YILDIRIM	
Öğrenci Numarası	:	1560D04019	
Enstitü Anabilim Dalı	:	İşletme	
Enstitü Bilim Dalı	:	Üretim Yönetimi ve Pazarlama	
Programı	:	☐ YÜKSEK LİSANS	☒ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Sağlık Kuruluşlarındaki Süreç Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi (Bir Uygulama)	
Benzerlik Oranı	:	%10	
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.			
			05/05/2021 İmza
☐ Sakarya Üniversitesi 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 tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.			
Bilgilerinize arz ederim.			
			/...../20..... İmza
Uygundur			
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Musatafa Cahit UNGAN Tarih: 05.05.2021 İmza:			
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:		Enstitü Birim Sorumlusu Onay	

ÖNSÖZ

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca çalışmalarımın bütün aşamalarında desteğini ve emeğini esirgemeyen, sabırla bu sürecin tamamlanmasında büyük katkıları olan kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Araştırmamın şekillenmesinde görüş ve önerilerini benimle paylaşan ve her zaman yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Bu süreçte her zaman yanımda olan, beni destekleyen ve motive eden sevgili eşim Meryem YILDIRIM'a ve aileme şükranlarımı sunarım.

Hayatımı anlamlandıran canım oğlum Ali Kerem YILDIRIM'a,

Desteğini esirgemeyen saygıdeğer abim Bülent TÜRKMEN'e, çalışmama çok fazla katkı sunan ve hep yanımda olan sevgili dostum Metin SAYGILI'ya, çalışma arkadaşlarım Onur VAROL ve Osman YILDIZ'a ve adını sayamadığım hocalarım ve arkadaşlarıma şükranlarımı sunarım.

Bu çalışma SAÜ Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir. (Proje no: 2020-7-25-41)

Kadir YILDIRIM

04.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii

GİRİŞ.....	1
------------	---

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	7
---------------------------------	---

1.1. Kalite.....	8
1.1.1. Kalite ve Kalite Yönetimi Kavramları.....	8
1.1.2. Kalite ve Kalite Yönetimi Kavramlarının Tarihsel Gelişimi.....	12
1.1.3. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı.....	16
1.1.4. Toplam Kalite Yönteminin İlkeleri.....	17
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	19
1.2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	19
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	21
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	23
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	25
1.3. Süreç Yönetimi.....	27
1.3.1. Süreç Kavramı.....	27
1.3.2. Sürecin Özellikleri.....	28
1.3.3. Sürecin Temel Unsurları.....	30
1.3.4. Süreç Yönetimi.....	30
1.4. Hasta Memnuniyeti.....	32
1.4.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı.....	33
1.4.2. Hasta Memnuniyeti Kavramının Önemi.....	34
1.4.3. Hasta Memnuniyeti Kavramının Gelişimi.....	37
1.4.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	39

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	59
------------------------------------	----

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	59
---------------------------------------	----

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	59
---	----

2.3. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	61
2.4. Veri Toplama Aracı	61
2.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	62
2.5.1. Süreç Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	62
2.5.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	74
2.6. Araştırmanın Kısıtları.....	80
2.7. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	81
2.8. Bulgular.....	82
2.8.1. Sosyo-Demografik Özellikler	82
2.8.2. Süreç Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki	84
2.8.3. Süreç Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi	85
2.8.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yapılan Fark Analizleri	87
SONUÇ VE TARTIŞMA.....	95
KAYNAKÇA.....	104
EKLER.....	131
ÖZGEÇMİŞ.....	143

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)
AVE	: Average Variance Extracted (Ortalama Çıkarılan Varyans)
CFI	: Comperative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CR	: Composite Reliability (Birleşik Güvenilirlik)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
TDK	: Türk Dil Kurumu
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TLI	: Tucker and Lewis Index
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Anket Sayısının Çalışma Yapılan İllere Göre Dağılımı	61
Tablo 2: Ölçekler ve Yararlanılan Kaynaklar	66
Tablo 3: Boyutların Güvenilirlik Analiz Sonuçları.....	69
Tablo 4: Tanımlayıcı İstatistikler	70
Tablo 5: Süreç Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	73
Tablo 6: Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	75
Tablo 7: Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	78
Tablo 8: Araştırmada Kullanılan Modeli Oluşturan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Bulguları.....	80
Tablo 9: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	83
Tablo 10: Hasta Memnuniyeti ile Süreç Kalitesi Arasındaki İlişki	84
Tablo 11: Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İyiliği İndisleri	87
Tablo 12: Yapısal Eşitlik Modeli Tahminlerine İlişkin Sonuçlar	87
Tablo 13: Katılımcıların Cinsiyetine Göre Fark Analizi Sonuçları	88
Tablo 14: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları	89
Tablo 15: Katılımcıların Hastane Türüne Göre Fark Analizi Sonuçları	89
Tablo 16: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları.....	90
Tablo 17: Katılımcıların Yaşına Göre Fark Analizi Sonuçları	92
Tablo 18: Katılımcıların Aylık Gelirine Göre Fark Analizi Sonuçları	93

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Süreç Kalitesi Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi	77
Şekil 2: Hasta Memnuniyeti Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi	78
Şekil 3: Araştırma Modeli	81
Şekil 4: Yapısal Eşitlik Modeli Sonuçları	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



Tezin Başlığı: Hasta Perspektifinden Sağlık Kuruluşlarındaki Süreç Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi	
Tezin Yazarı: Kadir YILDIRIM	Danışman: Prof.Dr. Mustafa Cahit UNGAN
Kabul Tarihi: 04.06.2021	Sayfa Sayısı: vii (ön kısım)+ 130 (tez) +13 (ek)
Anabilim Dalı: İşletme	Bilim Dalı: Üretim Yönetimi ve Pazarlama
Rekabetin gün geçtikçe arttığı sağlık kurumları bakımından hasta memnuniyeti kilit öneme sahip bir konu olup; hasta memnuniyetinin artırılmasında hizmet sunum süreçlerinin büyük önemi bulunmaktadır. Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini artırmanın yolu kaliteli hizmet sunumundan geçmektedir. Hizmet sunumunun kalitesini artırmak için hizmet sunum süreçlerinin sürekli olarak iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık kuruluşlarındaki süreç kalitesinin hasta memnuniyetine etkisini ortaya koymaktır. Çalışmanın evrenini Marmara Bölgesi’nde ikamet eden ve son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşundan yatarak sağlık hizmeti alan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçiminde küme örnekleme tekniğinden yararlanılarak İstanbul, Bursa, Kocaeli, Balıkesir ve Tekirdağ ve Sakarya’da ikamet eden bireyler seçilmiş ve her bir ilin nüfus büyüklüğüne göre örnekleme girecek birey sayısı belirlenmiştir. Çalışmaya 932 kişi katılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen süreç kalitesi ölçeği ve Yeşilyurt (2018) tarafından geliştirilen hasta memnuniyeti ölçeği ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Veriler 12 Haziran-30 Ekim 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olup; verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, yol analizi, korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri süreci ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayrıca, hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkisi bulunmasına karşılık, insan kaynakları sürecinin olumlu etkisi bulunmamaktadır. Katılımcıların medeni durumları ve hizmet aldığı hastanenin mülkiyetinin kamu ya da özel mülkiyete ait olması süreç kalitesi ve memnuniyette anlamlı bir farklılık oluşturmamasına karşılık; eğitim durumu ve aylık gelir her iki ölçek ve tüm boyutlarında anlamlı farklılığa sebep olmaktadır. Ayrıca, yaş gruplarına göre destek hizmetleri süreci dışındaki tüm faktörlerde fark bulunmasına karşılık Hasta Kabul ve Taburcu Süreci sadece cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Sonuç olarak hizmet süreçlerinin kalitesi hasta memnuniyetini etkilemektedir. Bu sebeple rekabet ortamında hasta memnuniyetini artırmak ve bu bağlamda hastaneden hizmet alan hastaların sürekliliğini sağlamak ve yeni hizmet kullanıcıları kazanmak için hizmet sunum süreçlerinin kalitesinin geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir.	
Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Kalite, Süreç Yönetimi, Hasta Memnuniyeti	

Title of the Thesis: The Effect of Process Quality on Patient Satisfaction from Patient's Perspective in Health Institutions	
Author: Kadir YILDIRIM	Supervisor: Proffesor Mustafa Cahit UNGAN
Date: 04.06.2021	Np: vii (pre text) + 130 (main body) + 13(App.)
Department: Business	Subfield: Production Management and Marketing
Patient satisfaction is a crucial issue for healthcare institutions where competition is increasing day by day. In this respect, service delivery processes are of great importance in improving patient satisfaction. The way to increase patient satisfaction in healthcare institutions is through the provision of quality services. In order to increase the quality of service delivery, service delivery processes need to be continuously improved. The aim of this study is to reveal the effect of process quality in health institutions on patient satisfaction. The universe of the study consists of individuals whose residence is in the Marmara Region and who have received in-patient health services from any health institution in the last year. In the study, individuals residing in Istanbul, Bursa, Kocaeli, Balıkesir, Tekirdağ and Sakarya were selected using the cluster sampling technique in sample selection, and the number of individuals to be included in the sample was determined according to the population of the province. 932 individuals participated in the study. In this study, a questionnaire form consisting of the process quality scale developed by the researcher, the patient satisfaction scale developed by Yeşilyurt (2018) and the socio-demographic characteristics of the participants were used as data collection tools. The collection date of data is from 12 June to 30 October 2020. The validity and reliability analyses of the data were conducted, and data were analyzed using descriptive statistical methods, path analysis, correlation analysis, one-way variance analysis, and independent sample T-test. According to the findings of the study, there is a significant relationship between patient satisfaction and patient admission, discharge process, diagnosis and treatment process, communication process and support services process. In addition, although the patient admission and discharge process, diagnosis and treatment process, communication process and support services process have a positive effect on patient satisfaction, it is found that the human resources process does not have a positive effect. Despite the fact that the marital status of the participants and the ownership of the hospital where the service is received belongs to the public or private ownership, there is no significant difference in the quality and satisfaction of the process; educational status and monthly income cause significant differences in both scales and all dimensions. In addition, although there is a difference in all factors except the support services process according to age groups, the Patient Admission and Discharge Process differs only by gender. As a result, the quality of service processes affects patient satisfaction. For this reason, it is of great importance to improve the quality of service delivery processes to increase patient satisfaction in a competitive environment, ensure the continuity of patients receiving service from the hospital and gain new service users.	
Key Words: Health Services Quality, Process Management, Process Quality, Patient Satisfaction	

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlık, temel bir insan hakkıdır ve herkesin bu hakka eşit, adil ve ekonomik olarak erişmesi gerekmektedir (Doğan, Bakan ve Hayva, 2017).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, “toplumların sağlık beklentilerini karşılamak ve hizmet kalitesini daha üst seviyelere çıkarmaktır”. Bu açıdan sağlık hizmetleri maliyet ve etkinliğe odaklanmaktadır (Gök ve Burçkin, 2020). Ayrıca “kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve iyileştirilmesine dayanan sağlık hizmetleri, yaşam kalitesinin artırılması ve yaşam sürekliliğinin sağlanmasında doğrudan etkiye sahiptir” (Aslantekin, vd., 2007). Dolayısıyla insan hayatını doğrudan etkileyebilecek bir özelliğe sahip olması, sağlık sisteminin önemini daha da ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde personel, fiziksel donanım ve tıbbi ekipmanın önemi oldukça yüksektir. (Çati ve Yılmaz, 2002).

Sağlık hizmetleri, hastalar için birçok seçeneğin bulunduğu ve giderek daha rekabetçi hale gelen bir pazar ortamında, sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmetlerin kalitesinden en çok etkilenen hizmet türüdür (Yasin vd., 2017). Sağlık hizmeti kalitesi, sağlık hizmetleri endüstrisinin, hastaların artan istek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak amacıyla hızlı bir dönüşüm geçirmektedir (Prakash, 2010). Bu dönüşümle birlikte sağlık hizmetleri “doktor merkezli” yapıdan “hasta merkezli” bir yapıya evrilmiştir (Stewart vd., 2000). Sağlık hizmetlerinin kalitesi genel olarak mesleki uygulama standartlarına dayansa da son yıllarda hastaların sağlık bakım kalitesi hakkındaki algısı, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesinde önemli göstergeler haline gelmiştir (Asamrew, Endris ve Tadesse, 2020). Bu göstergeler incelendiğinde sağlık hizmetleri kalitesi, hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumlarında hasta kabul işlemleri, muayene, tanı ve tedavi, taburcu işlemleri ve takip süreçlerinin tamamını içermektedir (Hussain vd., 2019; Asif vd., 2019). Bu süreçler dikkate alındığında hasta deneyimi, hasta güvenliği ve klinik etkililik, sağlık hizmeti kalitesinin üç temel unsuru olarak kabul edilmektedir (Institute of Medicine, 2001).

Sağlık hizmetlerinin esas amacı, bireylerin ihtiyaç duyduğu farklı sağlık hizmetlerini, hastaların talep ettiği kalitede ve talep ettiği zamanda vermektir. Bununla beraber, hızla

gelişen teknoloji, maliyetlerin artması, hastaların şikâyetlerinin artması ve artan bakım talepleri ile sağlık hizmetleri daha karmaşık hale gelmiştir. Bireylerin gelir seviyesinin artması ile hastaların daha iyi bir hizmet bekleme derecesi de artmaktadır. Bugünlerde sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli, verimli hizmet için hastaların memnuniyeti ve hastaların güvenliği gibi konularla beraber kalite konusu da ön plana çıkmaktadır. Hastaların beklenti ve bilgi seviyelerinin artması sonucu olarak, kalite merkezli yönetim bakış açısı son derece önem kazanmaktadır (Doğan, Bakan ve Hayva, 2017).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, hasta ve çalışan güvenliğinin ve memnuniyetinin sağlanması, bu doğrultuda hatasız, etkili ve verimli sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanabilir (Hughes ve Clancy, 2009). Bu nedenle kalite fiziksel bir nitelik değildir. "Tıbbi Bakım" yerine "Sağlık Hizmeti" teriminin kullanılması, alanın daha iyi bir şekilde tanımlanmasına olanak sağlar ve bu süreci, “değerlendirilebilen, izlenebilen ve iyileştirilebilen bir yapı” olarak ele alır. Kaliteli bir sağlık sistemi “erişilebilir, uygun, ulaşılabilir, uygun maliyetli, etkili, verimli, entegre, güvenli ve hastayla ilişkili” olarak tanımlanabilir (Park, 2009).

Sağlık hizmetlerindeki kalite sistemlerinin ana hedeflerinden birisi hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını önleyerek çalışanların ve hastaların güvenliğini sağlamaktır. Süreçlerin hasta merkezli biçimde iyileştirilmesi için, içinde bulundukları kurumun kültürü, örgüt yapısı ve yönetim anlayışının da hasta merkezli biçimde inşa edilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı kalite yönetim sistemlerinin sağlık kuruluşlarında hasta merkezli olması ve insan hatalarını önleyecek biçimde oluşturulması önemli hale gelmiştir (Coşkun, 2017).

Süreç yönetimi, süreçlerin tasarlanması, sürekliliğinin sağlanması ve müşteri ihtiyaç ve taleplerine daha iyi ve zamanında cevap verebilmesi için sürekli olarak geliştirmeyi ve değerlendirmeyi hedef alan bir yaklaşımdır (Yıldırım ve Bakır, 2014). Süreç yönetimi müşteri taleplerinin yerine getirilmesine, örgüt içindeki iletişim ve bilgi akışının doğru bir şekilde yapılmasına, sorumlulukların sınırlarının belirlenmesine ve süreç içindeki aksayan tarafların giderilmesine katkı sağlayan bir felsefedir. Süreç yönetimi sayesinde sağlık kurumları hastalara daha etkin ve verimli hizmet sunulmasını memnuniyetsizliğe neden olan süreçlerin çözüme kavuşturulması ve ekip çalışması sayesinde iyileştirme çalışmalarının sürekliliğinin sağlanması ve sonunda da yapılan hizmetlerin ölçülmesine

imkan tanımaktadır. Ayrıca sunulan hizmet süreçlerine yönelik kullanıcılardan gelen şikayet ve öneriler üzerine bu noktaların geliştirilmesi ile hasta memnuniyetinin artırılmasına olanak sağlamaktadır. Bu sebeple sağlık hizmet sunucuları, sunulan hizmetlerin süreçlerinin sürekli iyileştirilmesi üzerine yoğunlaşmalıdırlar.

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin önemi ve yaşam kalitesi giderek daha fazla dikkate alınmaktadır (Chang, Chen ve Lan, 2013). Hastaların tanı, tedavi ve bakım sürecine duydukları ihtiyaç, bu hizmetlere olan gereksinimlerini de artırmaktadır (Trybou vd., 2015). Bu nedenle, sağlık sektörünün gelişimi ve talebin artması, bu sektörün sunduğu hizmetin kalitesini daha da önemli hale getirmektedir. Sağlık kurumları da son yıllarda, hastaların bu ihtiyaçlarını, isteklerini ve beklentilerini daha iyi bir şekilde karşılamak için müşteri odaklılığı bir strateji olarak benimseyerek performanslarını iyileştirmeye çalışmaktadırlar (Weng vd., 2016).

Hasta memnuniyeti sağlık sisteminin en önemli önceliği olarak görülmektedir. Ware ve diğerleri (1983) hasta memnuniyetini, bir sağlık sistemi tarafından sunulan hizmetleri, hizmet kullanıcılarının değerlendirmesi olarak ele almaktadır. Diğer taraftan hasta memnuniyeti, teknik, işlevsel, altyapısal, kişilerarası ve çevresel faktörler gibi hizmet kalitesinin çeşitli bileşenlerinden genel memnuniyettir (Zineldin, 2006). Çeşitli faktörlerden etkilenen hasta memnuniyeti, bilişsel bir yapıyı ifade etmektedir. Hasta memnuniyeti, hastanın sağlık hizmeti kalitesine ilişkin algılarını, hasta demografisini (Young, Meterko ve Desai, 2000), teknik yeterlilik ve fiziksel yapı gibi çeşitli hastane özelliklerini içerir (MacAllister, Zimring ve Ryherd, 2016).

Memnuniyet karmaşık bir dizi farklı faktörün sonucudur. (Farzianpour, Byravan ve Amirian, 2015). Memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi, gerçek hasta memnuniyetine ulaşmanın dolaylı bir yolu olarak kabul edilmektedir. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemek, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını anlamaktan geçmektedir (Grøndahl, 2012). Hastalar da sağlık hizmetlerinin temel ögesi olduğundan hizmetlerin uygun şekilde sunulup sunulmadığının göstergelerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin katılımcıları ve alıcıları olarak hastalar, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için değerli bir bilgi kaynağıdır (Hu vd., 2019). Ayrıca, hasta memnuniyeti performans iyileştirmesi ve klinik etkililiğin kritik bir bileşeni olarak görülmektedir (Prakash, 2010). Genel olarak

memnuniyet verilerinin, hastalara sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının strateji ve taktiklerini geliştirmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir (Al-Abri ve Al-Balushi, 2014).

Sağlık kurumları hizmet süreçlerini hasta memnuniyetini yüksek seviyede tutmaya yönelik adımlar atmalıdır. Bunu sağlamak için hizmet alanların görüşleri dikkate alınmalıdır. Belirli periyotlarla memnuniyet anketleri yapılmalıdır. Sağlık hizmeti sunucuları, hastaların hizmet aldığı süreçlerde aksayan ya da memnuniyetsizliğini belirttiği yönleri dikkate almalıdırlar. Buradan hareketle bu süreçlerin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu sayede memnuniyet yükselecek ve hastalar tatmin olarak sağlık kurumundan ayrılacaktır.

Tezin İçeriği ve Yapısı

Çalışma giriş ve sonuç bölümleri hariç toplam iki bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde kavramsal çerçeve altında kalite ve kalite yönetimi kavramları ve tarihsel gelişimleri, toplam kalite yönetimi, toplam kalite yönetiminin ilkeleri, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kalite, süreç kavramı, sürecin özellikleri, sürecin tarihsel gelişimi, hasta memnuniyeti kavramı, önemi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hakkında bilgiler yer almaktadır. 2. bölümde çalışmanın amacı, önemi, evren ve örnekleme, veri toplama yöntemi, verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler hakkında bilgiler sunulmaktadır. Çalışmanın sonuç ve tartışma kısmında yapılan araştırma sonucunda ortaya çıkan bulgular hakkında bilgilere yer verilmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile sağlık kurumlarındaki süreç kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Sağlık kurumlarındaki hasta memnuniyetini etkileyen faktörler incelenerek bu faktörlerin hasta tatminini ne derece etkilediği araştırmanın diğer bir amacıdır.

Araştırmanın Önemi

Günümüz sağlık kurumlarında önemli problemlerden biri, diğer kurumlara göre nasıl öne çıkabileceği ya da onlarla nasıl rekabet edebileceği sorusuna cevap aramaktır. Bu süreçte en önemli bilgi kaynaklardan biri hastaların kurumu nasıl gördükleri ya da kurumdan memnuniyetleridir. Bu sebeple hasta memnuniyeti konusunda çok sayıda çalışma

yapılmaktadır ve bu çalışmalar daha çok nihai olarak hastaların hizmetten memnuniyetini ortaya koymaya yöneliktir. Bu çalışma ise diğer çalışmalardan farklılaşarak hastaların sunulan hizmet yerine; hizmet süreçlerinden memnuniyetini konu almasıdır. Dolayısıyla bu haliyle literatürde yer alan diğer çalışmalardan farklılaşmakta ve çalışmanın öneminin bu özelliği ortaya koymaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada sağlık kurumlarındaki süreç kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi incelenmektedir. Çalışmada anket yönteminden yararlanılarak veriler toplanmıştır. Süreç kalitesini ölçmeye yönelik anket, konu ile ilgili literatür ve uzman görüşlerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Çalışmanın evrenini Türkiye'nin en yoğun nüfusa sahip olan Marmara Bölgesi hedef oluşturmaktadır. Bu bölgenin seçilmesinin temel nedeni, Türkiye'nin diğer illerinden göç alması sebebi ile Türkiye nüfusunun genel özelliklerini taşımasıdır. Çalışmada Marmara Bölgesi hedef evren olarak seçildikten sonra ikinci aşamada nüfusu 1.000.000'un üzerinde olan altı ilde (İstanbul, Bursa, Kocaeli, Balıkesir ve Tekirdağ ve Sakarya) çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Bu altı il bölge nüfusunun %93'ünü kapsamaktadır. Çalışmada ilk aşamada %99 güven aralığında örneklem büyüklüğü 656 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada yer alan illerin nüfus büyüklüklerine göre tabakalı örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Her ilden çalışmaya dahil edilmesi gereken örnek sayısı belirlenmiş ve ardından tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak her ilden ulaşılması gereken örnek büyüklüğü belirlenmiştir (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2020). Veriler belirlenen illerin kamu ve özel hastanelerinde yatarak hizmet almış hastalardan gönüllülük esasına dayalı olarak toplanmıştır. Ancak 78 anketin sorulara blok cevap verme, çok sayıda boşluk bırakma gibi sebeplerle kullanılmamasına karar verilmiş ve analizler 932 anket üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Çalışmadaki verilerin analiz edilmesi için doğrulayıcı ve keşfedici faktör analizi, korelasyon analizi, yapısal eşitlik modeli ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın evreni için nüfus büyüklüğüne göre Marmara Bölgesi'nde yer alan altı büyükşehir seçilmesi ve bu bölgedeki diğeri illerin çalışma kapsamına alınmaması çalışmanın en önemli kısıtını oluşturmaktadır. Ayrıca, verilerin toplanacağı zamanın ve maddi kaynakların yetersiz olması çalışmanın daha büyük bir örnekleme yapılamamasına sebep olmuştur.



BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

İnsanların, sürekli daha iyi kalitede ürün ve hizmet talepleri işletmelerin yüksek kaliteli ürün ve hizmetleri müşteriye sunmalarının itici gücüdür (Singh ve Dixit, 2020). İşletmeler müşterilerinden aldığı bu güç sayesinde varlıklarını sürdürebilirler. Günümüzde işletmeler ve ülkeler hızla gelişen, değişen ve küreselleşen dünyada ayakta kalabilmek için rekabet etmek durumundadırlar. Bunu sağlayabilmek için ellerinde bulunan imkanları maksimum fayda sağlayacak şekilde değerlendirmelidirler. Hizmet üreten endüstrilerin performans analizinde kaliteyi göz ardı etmek mümkün değildir. İşletmelerde verimliliği artırma ve maliyet tasarrufu sağlamanın yollarından birisi de kaliteli hizmet sunumundan geçmektedir. Teknoloji ve bilgiye ulaşmanın daha kolay olduğu günümüz şartlarında işletmeler varlıklarını sürdürmek için zaman, verimlilik, iş gücü, maliyet ve kalite unsurlarını doğru bir şekilde bir araya getirmelidirler. Kalite ise bu unsurların en önemli parçasıdır. Kalite işletmeler için kurtuluş anahtarı görevi üstlenmektedir. Hızla yükselen küresel ekonomik rekabet ve diğer dış baskılar göz önüne alındığında, işletmeler, rekabet avantajlarını artıracak olan kalıcı kalite ve kalite yönetimini sürdürmek zorundadır (Alzoubi vd., 2019). İşletmeler kaliteyi rekabet avantajı kaynağı haline getirebilmek için kalite kültürüne odaklanmalı ve derinlemesine incelemelidirler (Saleh, Sweis ve Saleh, 2017). Bu bağlamda, çalışmanın bu kısmında kalite, sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet ve üretim işletmelerinde kalite, süreç yönetimi, süreç yönetiminin temel unsurları ve kalite ve süreç yönetimi ile ilgili çalışmalar hakkında bilgiler verilmektedir.

1.1. Kalite

Çalışmanın bu bölümünde kalite kavramı, kalite yönetimi kavramı, toplam kalite yönetimi, toplam kalite yönetiminin ilkeleri, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları, sağlık hizmetlerinde kalite, süreç kavramı, özellikleri ve tarihsel gelişimi, hasta memnuniyeti kavramı, önemi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler konusunda bilgiler verilmektedir.

1.1.1. Kalite ve Kalite Yönetimi Kavramları

Kalite kavramı “köken olarak, Latin dilinde bir şeyin nasıl oluştuğunu anlatmak için kullanılan “Qualis” sözcüğünden türemiş, “Qualitas” sözcüğü ile Latince’ye yerleşmiştir” (Top, 2009). Kalitenin sözlük anlamı niteliktir (TDK, 2021). Niteliğin sözlük anlamı ise bir şeyin nasıl olduğunu belirten, onu başka şeylerden ayıran özellik, vasıf, keyfiyet anlamına gelmektedir (TDK, 2021). Kalite kavramı ile ilgili önemli noktalardan biri de kalitenin nesnel ölçütlerle ölçülemediğidir. Bu sebeple kalitenin doğasında karşılaştırma vardır. Kalite kendiliğinden ortaya çıkmaz, bireylerin sistemli çalışmalarının sonucunda ortaya çıkar (wordpress.com, 2021).

Kalitenin standart bir tanımı yoktur. Müşteri istek ve beklentilerine göre kalite kavramı sürekli gelişmektedir. Standart bir tanımlama yapılamamasının nedeni ise kalitenin kullanıcı gereksinim ve beklentileri ile ilişkisi olmasıdır. Ayrıca bu beklenti ve gereksinimlerin değişkenlik göstermesidir. Kalite anlayışı tüketicinin ekonomik durumu, karakteristikleri ve sosyal konumuna göre şekillenebilen öznel bir kavramdır. Kalitenin kullanıcı tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak algılanmasını ise beklentiler, kültürel ve dini yapı, ekonomik boyut, coğrafya, iklim, genel toplumsal düşünceler, sosyal ve ekonomik çevre, teknoloji ve eğitim etkilemektedir (wordpress.com, 2021). Kalitenin gelenekselden stratejik olanlara kadar farklı tanımları bulunmaktadır (Aggarwal, Aeran ve Rathee, 2018). Farklı araştırmacılar tarafından yapılan kalitenin tanımları aşağıda verilmektedir.

Bazı araştırmacılar kaliteyi ürüne dayalı olarak tanımlamaktadırlar (Arslan, 2019; Notz vd., 2015; Bonechi, Carmignani ve Mirandola, 2004). Arslan’a (2019) göre kalite; müşterileri/tüketicileri, işletmelerin ürün ve hizmetlerine yönlendirebilmek için aracı bir

görevi olan, beklenti ve ihtiyaçları karşılama özelliğidir. Bu özelliğe fayda da denilebilir. Notz ve diğerleri (2015) kaliteyi, genellikle bir ürünün, malın veya hizmetin her durumda belirtilen özel gereksinimlere ne ölçüde karşılık geldiğidir şeklinde ifade ederken Bonechi, Carmignani ve Mirandola, (2004) ise mal ve hizmetleri en iyi, etkili ve verimli bir şekilde üretme yeteneğini ifade eden bir kavram olarak tanımlamaktadır.

Bazı araştırmacılar kaliteyi, kalitenin tanımlanamayacağı ancak hissedilebileceği şeklinde tanımlamaktadırlar (Aggarwal Aeran ve Rathee, 2018; van Kemenade ve Hardjono, 2019; Mandal, 2007). Kalite, kusursuzluğun üstünlüğü veya gereksinimlere uyumluluk, yani sıfır kusur olarak düşünülmüştür (Aggarwal, Aeran ve Rathee, 2018). van Kemenade ve Hardjono, (2019) ise kaliteyi bakanın gözündedir şeklinde tanımlarken Mandal (2007: 429) da kalitenin, “sübjektif bir kavram olduğunu ve bireysel algılama sonuçlarıyla anlam kazandığını” ifade etmektedir.

Kalite ile ilgili farklı bir değerlendirmede ise sadece ürün ve hizmet özelliklerine göre değil, ayrıca istenen performans ve uygunluk derecesinin kabul edilebilir olmasına göre tanımlama yapılmaktadır (Berkiten, 2020; Yılmaz, 2017; Küçük, 2016). Tanımlar incelendiğinde, Berkiten (2020) kaliteyi, bir ürün ya da hizmetin tatmin edilmesi hedeflenen kullanıcı/tüketici ihtiyaçlarına uygunluk derecesi, Yılmaz’a (2017: 4) göre kalite; “bir ürün ya da hizmetin tasarımından başlayarak, satış ve sonrasına kadar uzanan, ürün veya hizmetlerin hatasız sunulmasını hedefleyen, insanı temel alarak sürekli gelişmeyi hedef alan, müşterilerin mevcut ve gelecekteki beklentilerinin karşılanmasına dayanan” bir kavram ve Küçük’e (2016: 130) göre kalite, “tüketici ve son kullanıcıların beklenti ve gereksinimlerinin tespit edilerek, bu doğrultuda gerekli tasarımların yapılması, bunların kusursuz olarak teşkil edilmesi, satış işlemlerine yönelik ilgili bileşenlerin ve alt bileşenlerin doğru ve güvenli biçimde temin edilmesi, güvenlik ve performansın dökümanite edilmesi, kullanıma yönelik bazı hususların net olarak sunulması, paketlemenin doğru ve uygun biçimde yapılması ve teslimatın zamanında yapılması, satıştan sonra verimli hizmet sunulması ve konuya ilişkin deneyimlerin tamamını kapsayan bir süreç” olarak tanımlanmaktadır.

Bir diğer değerlendirme de ise kalite kullanıcı açısından tanımlanmaktadır (Kaya, 2019; Aggarwal, Aeran ve Rathee, 2018; Park vd., 2016 ve Flood, 1993). Tanımlara

bakıldığında, Kaya (2019) kaliteyi, “bir ürün ya da hizmeti talep eden veya satın alan kişinin o ürün veya hizmetten beklentilerinin bir ölçütü” şeklinde, W. Edwards Deming’in uluslararası en geniş kabul görmüş tanımına göre kalite, müşterinin ihtiyaçlarına yönelik bir strateji olarak tanımlanmaktadır (Aggarwal, Aeran ve Rathee, 2018). Kalite, müşteri beklentilerinin karşılanma veya aşılma derecesi olarak da tanımlanmaktadır (Park vd., 2016). Flood (1993: 226); “müşterilerin (kabul edilmiş) gereksinimlerini, resmi ve gayri resmi, en düşük maliyetle, ilk seferde ve her seferinde karşılamak” olarak tanımlamaktadırlar.

Yukarıda yer alan kalite tanımları incelendiğinde, mal veya hizmetin ekonomiklik ve ihtiyacı karşılayan bir yapıdan, müşteri istek ve ihtiyaçlarına cevap verecek özellikte olan, gelecekteki ihtiyaçları karşılayabilecek bir yapıda olması gerekliliğinin ortaya çıktığı görülmektedir.

Kalite kavramını açıklarken bazı kalite boyutlarının anlaşılması gereklidir. Bunlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite, beklenen kalite ve algılanan kalitedir. Bu kavramlar aşağıda açıklanmaktadır:

Teknik kalite: Beceriler, prosedürlerin doğruluğu ve tıbbi tanıya odaklanan kalite türüdür (Alhassan vd., 2015). Sağlık bakımının tıbbi yönleriyle ilgili sağlık uzmanlarının ve profesyonellerin bakış açılarını içeren teknik kalite, doğrudan kurum içi tıbbi beceriler ve hastane tesisleri ile karakterizedir (Lupo, 2016) “Hizmet ürününden elde edilen ürün kalitesi değerlendirmesi olarak tarafsız bir şekilde ölçülebilir. Bu durum, teknik kalite olarak tanımlanmaktadır” (Kuzu, 2010). Diğer bir ifade ile teknik kalite, bir sağlık kuruluşunun hastalıkları ne ölçüde önlediğine ve nasıl tedavi ettiğine odaklanır (Sharma, 2017).

Fonksiyonel kalite: Müşterilere hizmet sunum şeklini ifade eden kalite türüdür (Alhassan vd., 2015). Hizmetleri sunan kişilerle ilgili olup, hizmetlerin ne şekilde sunulduğunu, sunum esnasında müşterilerle kurulan etkileşimi, müşterilerin nasıl algıladığını ifade etmektedir (Değermen, 2006). Hizmet işletmeleri açısından önemli olan kurum imajı da tüketici açısından teknik ve fonksiyonel kaliteden oluşan bir bütün olarak değerlendirilmektedir (Okumuş ve Asil, 2007).

Beklenen kalite: Müşterinin alacağı hizmete ilişkin “kendisine sunulacak mevcut hizmet sürecinden beklentilerini ifade etmektedir” (Dursun, 2011). Diğer bir ifade ile müşterilerin alacakları hizmetlerle ilgili önceden zihinlerinde kurguladıkları kaliteyi ifade etmektedir. “Beklenen kalite kavramı, müşterilerin mevcut hizmet sürecinden beklentileri” olarak tanımlanabilir” (Değermen, 2006).

Algılanan kalite: Algılanan kalite, “işletme personelinin, ürünün ve hizmetin müşteri tarafından nasıl görüldüğü ile alakalıdır ve subjektif bir kavram olup müşterinin algıladığı kalitedir” (Kekeç, 2008). Algılanan kalite erişilebilirlik, yanıt verme, insan ilişkileri, misafirperverlik ve diğer hizmet özelliklerini içeren sağlık hizmetlerine ilişkin insanların/hastaların algılarından oluşmaktadır (Lupo, 2016). Müşterilerin/hastaların algılanan kalite hakkındaki bilgilerine sahip olmak, sağlık hizmeti organizasyonunun ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için bir başlangıç noktasıdır (Crow vd., 2002).

Kalite yönetimi, yönetim tarafından kaliteye ulaşmak için yapılan değerlendirmeler, belirlenen hedef, plan ve politikalar ve uygulanan tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Altan, 2019). Kalite yönetimi, genel yönetim fonksiyonları olarak ele alınan planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon ve denetimin kalite politikasını belirleyen ve uygulayan kısmını ifade etmektedir (Ishikawa, 1981; aktaran: Efil, 2010). Kalite yönetimi, stratejik planlama, kaynakları tahsis etme, kaliteye ilişkin planlama, değerlendirme ve fonksiyonel sistemli etkinlikleri kapsamaktadır (Efil, 2010). İşletmeler açısından kalite yönetimi müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına uygun mal ve/veya hizmetlerin en ekonomik şekilde karşılanması olarak görülmektedir. Diğer bir ifade ile kalite ve kalite yönetiminden beklenen temel amaç müşterilerin ihtiyaçlarına ve gelir düzeylerine uygun olan en doğru kalite düzeyindeki ürün ve hizmeti en ekonomik fiyatlarda üretebilmektir (Ardahan, 1998).

Mevcut küresel rekabet ortamının baskısı altında, işletmeler için rakiplerini aşmak ve daha iyi performans göstermek daha zor hale gelmiştir. Rakiplerinden daha iyi performans gösterebilmek için firmalar kalite yönetimi uygulamalarını benimseyerek rekabet avantajı elde etmelidirler (Sahoo ve Yadav, 2017). Etkili kalite yönetimi, iş başarısının ana faktörlerinden biridir (Madanat ve Khasawneh, 2017). Kalite yönetim

sisteminin uygulanması, uzun vadede operasyonel ve iş performansında verimli sonuçlar verecektir (Sahoo ve Yadav, 2017).

Mosadeghrad (2014), destekleyici bir ortamda uygun bir TKY modeli düzgün uygulandığında kalite yönetiminin daha iyi performans sağladığı sonucuna varmıştır. Kalite yolculuğu, şirketlerin değişen müşteri ihtiyaçlarını geliştirmek ve bunlara uyum sağlamak için benimsedikleri kaliteli hizmet türüdür (McGregor, 2004). Bu nedenle tüm tarafların tek yönde çalışma zorunluluğu nedeniyle etkin bir kalite yönetimi programı basit değildir (Uluskan vd., 2018). Barouch ve Ponsignon (2016), sistemik bir bakış açısıyla kalite yönetimi kavramlarına genel bir bakış açısı geliştirdi. “Bazı uzmanlar yapay zeka, nanoteknoloji, büyük veri veya genetik gibi bir alandaki gelişmelere aşınayken, hiç kimse her konuda uzman değildir. Bu nedenle hiç kimse tüm noktaları birleştirip resmin tamamını göremez” (Harari, 2016). Departmanlara özgü bir kalite yönetimi altyapısı geliştirmek zordur çünkü departmanlar tür, boyut, kaynaklar ve ihtiyaçlar açısından çeşitlidir (Pronovost vd., 2017). Sektörün doğasına bağlı olarak, kalite yönetimi araçları ve prosedürleri zaman zaman değişebilir, ancak temel kavram hem üretim hem de hizmet endüstrileri için aynı derecede geçerlidir (Humaid, Ahmad ve Husasin, 2017; Khan, Dongping ve Wahab, 2016).

1.1.2. Kalite ve Kalite Yönetimi Kavramlarının Tarihsel Gelişimi

İnsanoğlu, yüksek kalitede mal ve hizmetlere erişmeyi hak ediyor. Buradan yola çıkarak işletmeler ürün ve hizmetlerin kalitesini kullanıcı istek ve beklentilerine göre belirlemektedir. İnsanları tatmin etmenin yolu istek ve beklentilerini karşılayacak kalitede mal ve hizmet üretmektir. Bunun için de kişilerin kaliteden ne beklediğini bilmek gerekmektedir (Oakland, 2014). İşletmelerin sadece tüketicileri kazanmak için değil, elinde tutabilmek için de kendilerini sürekli geliştirebilmeleri, ürün veya hizmetlerini kullanıcı standartlarına uygun olarak üretebilmeleri ve tüketicilere sunabilmeleri için kaliteyi ön planda tutmaları gerekmektedir (Yılmaz, 2017; Top, 2013). Sanayi devrimi, insan yaşamına birçok tanım getirdi; kalite, bunların içinde en önemli tanımlardan biri olarak kabul edildi (Saleh, Sweis ve Saleh, 2017). O zamanlar kalite “kullanıma uygunluk” olarak ifade edilirken, daha sonra sanayileşmiş ülkeler arasındaki rekabet yoğunlaştıkça tanımın kapsamı genişletilmiştir (Murthy, 2001). Kalite kavramı,

insanların ve sistemlerin “hata yapması” ve “mükemmele ulaşma isteği” gerçeğinden ortaya çıkmıştır (Çelik, 2020). Kalite kavramının tarihsel sürecine bakıldığında zaman, kalite ile ilgili ilk kayıtlara M.Ö. 2050 yılında Hammurabi Kanunları’nın 229. maddesinde rastlanmıştır (Binbir, 2019). Kalitenin günümüzdeki tanımıyla bilimsel bir kavram olarak karşımıza çıkması 19. yüzyıla denk gelmektedir (Halis, 2000). Kalite kavramıyla ilgili tarihi ve güncel yaklaşımların kaynağını imalat veya üretim kökenli kalite olgusu oluşturmaktadır (Ensari, 1999).

19. yüzyılda makinelerin hızlı ve ucuza ürün üretmesi sayesinde ve İkinci Dünya Savaşı’na kadar olan süreçte meydana gelen gelişmeler kalitenin farklı açılardan ele alınmasına olanak sağlamıştır (Kavrakoğlu, 1996). 1920’li yıllarda üretimin hacminin ve karmaşıklığının artması, kalite konusunda sorunlar oluşturmaya başlamıştır. Bunun sonucunda 1920’li yıllarda kalite mühendisliği, 1950’li yıllarda da güvenilirlik mühendisliği ortaya çıkmıştır (Goetsch ve Davis, 2016). II. Dünya Savaşı’ndan sonraki yıllarda Amerikalılar belirlenen üretim hedeflerine ulaşmak için kaliteden taviz vermeye başlamışlardır. Bu durum zamanla alışkanlık haline gelmiş ve ABD için kalite adına olumsuzluk teşkil etmeye başlamıştır (Goetsch ve Davis, 2016). Japonya’da yaşanan gelişmeler kalitenin sonuç odaklı bir yapı olmadığı, bunun yerine sürece odaklanan, iyileştirmenin sonuçta değil süreçte gerçekleştirileceği bir akım meydana getirmesi sonucunda ucuz ve kalitesiz ürün imajını yıkarak kalite adına yeni bir imaj ortaya koymuştur. Bu imaj sayesinde batılı işletmeler başarının ve rekabet avantajının kaliteden geçtiğini anladılar. (Goetsch ve Davis, 2016).

Kalitenin tarihsel gelişimini; muayene aşaması, kalite kontrol, kalite güvencesi ve toplam kalite yönetimi olarak 4 dönemde ele almak mümkündür (Kıraç, 2016; Dahlgaard, Kristensen ve Kanji, 2005).

Muayene Aşaması: Muayene aşamasının tarihi çok eskiye dayanmaktadır (Çelik, 2020). Bu aşama, “1910’lu yıllarda Ford Motor Company’nin ‘T’ Model otomobilinin üretim hattından çıktığı zamanda görülmüştür” (Dursun, 2019). Üretilen ürünün belirlenen standartlara uygun üretilip üretilmediğini kontrol etmek amacı ile müfettiş ekipleri oluşturulmuştur. Ürünler muayene aşamasında ustalar tarafından kontrol edilmiştir (Çelik, 2018). Muayene aşamasının temel amacı, kontrol ekibi tarafından belirlenen

düşük kaliteli ürünün standartlara uygun kalitedeki üründen ayrıştırılması, hurdaya ayrılması, yeniden işleme tabi tutulması veya düşük kaliteli ürün olarak satılması olarak değerlendirilmiştir (Dahlgaard, Kristensen ve Kanji, 2005). Maliyetlerin artması ve üreticinin zarara uğraması sebebi ile muayene aşamasından kalite kontrol aşamasına geçilmiştir (Kıraç, 2016).

Kalite Kontrol: van Kemenade ve Hardjono, (2019) kalite kontrol aşamasının 1930’larda başladığını ve 1950’li yıllara kadar sürdüğünü ifade etmişlerdir. Kalite kontrol aşaması, istatistiki anlamda Walter Shewhart’ın araştırmaları öncülük etmiştir (Kıraç, 2016). Kalite kontrol aşamasında üretimi tamamlanan ürünlerden numuneler alınarak belirlenen standartlara göre üretilip üretilmediğinin kontrol edilmesi ve standartları karşılamayan ürünleri tüketiciye ulaşmadan imha edilmesi (Jibril, 2019) prensibine göre hareket edilmektedir (Çelik, 2020). Kalite kontrol, üretilen malların belirlenen kalite standartlarına ve hem üreticilerin hem de müşterilerin şartnamelerine uymasını sağlayan bir kalite yaklaşımıdır. Muayene aşamasının aksine kalite kontrol aşamasında, kalite denetçileri sayesinde işletmedeki yöneticiler ile çalışanlar arasında ürünün kalitesi ile ilgili sorunları ortadan kaldırmak için bir geri bildirim sistemi kurulmaktadır (Wawak, 2018).

Kalite güvence: 1950’lerden 1970’li yılları kapsayan kalite güvence (van Kemenade ve Hardjono, 2019) üretilen ürünlerde hata bulmadan ziyade hata önlemeye doğru bir gelişim göstermektedir (Dursun, 2019). Kalite güvence, ürün veya hizmetlerin kalite için belirlenen tüketici standartlarını karşılaması amacıyla gerekli güveni sağlaması için yapılması gereken planlı ve sistematik faaliyetlerin tümüdür (wordpress.com, 2021). Kalite güvence, bir ürünün veya hizmetin, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayacağına ilişkin yeterli güvenceyi sağlamak adına önceki tüm aşamaları kapsamaktadır. Kalite kontrolünden kalite güvencesi aşamasına geçiş için, kapsamlı kalite el kitapları, kalite maliyetinin hesaplanması, süreç kontrolünün iyileştirilmesi ve kalite sistemlerinin denetimini sağlamak için birçok faaliyet geliştirilmiştir (Dahlgaard, Kristensen ve Kanji, 2005). Kalite güvencesinin amacı, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması adına her zaman ürün ve hizmetlerde hata oluşmasını önlemek olmuştur (Jibril, 2019). Kalite kontrol aşaması, tamamlanmış ürünü hedefe koyan ve kalite problemlerinin ortaya çıkarılmasına odaklanan bir yaklaşımken; kalite güvence aşaması,

ürünün meydana getirilmesindeki süreci dikkate alarak kalite ile ilgili problemlerin önlenmesini amaçlayan bir yaklaşım olarak görülmüştür (Kıraç, 2016; wordpress.com, 2021).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY): TKY'nin temeli, bilimsel yönetim yaklaşımının babası olarak adlandırılan Taylor'un ortaya koyduğu zaman ve hareket çalışmalarına dayanmaktadır (Dursun, 2019). Bilimsel yönetimin temelinde, planlama ve yürütme fonksiyonlarının birbirinden bağımsız yürütülmesi gerekliliği olmuştur. "TKY kavramının gelişmesine Joseph M. Juran, W. Edward Deming ve Philip Crosby'nin 1950'lerde ABD'de başlattıkları çalışmalar katkı sağlamıştır. Deming Japonya'ya birçok kez giderek üretim sürecinin istatistiksel kontrolü ve üretim sürecinde kalitenin oluşturulması konularında seminerler düzenleyerek Japon ürün kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamıştır" (wordpress.com, 2021). Japon bilim insanları, kalite ile ilgili aldıkları eğitimler sayesinde, kendi kültürlerine göre bir sistem geliştirerek, bu yönetim anlayışını benimsemiş ve uygulamaya koymuşlardır (Kocamış, 2016).

TKY uluslararası rekabetin artması ve gelişmesi, şartların giderek zorlaşması ve tüketici hareketinin dünya çapındaki gelişimi kaliteyi bütünsel olarak ele alma ihtiyacını gündeme getirmiştir. Modern anlamda günümüzde kullanılan TKY, kalite yönetimi ilkeleri ile yapılan işlemlerin her aşamasında, organizasyonun her bölümünde ve herkesin katılımı ile uygulanmasının önemini vurgulayan bir yönetim anlayışıdır (Dahlgaard, Kristensen ve Kanji, 2005). Bu süreç 1980'li yılların başından itibaren "toplam kalite" kavramının bütün dünyaya yayılmasına sebep olmuştur. Toplam kalite yönetimi sürekli gelişmeyi, tüketici istek ve ihtiyaçlarının sürekli karşılanmasını, takım çalışmasına dayalı problem çözme tekniklerini, sonuçların sürekli ölçülmesini ve tedarikçiler ile daha yakın ilişkiler kurulmasını ön plana çıkaran bütünsel bir yönetim yaklaşımıdır (Jıbrıl, 2019).

Kalitenin aşamaların her biri belirli bir yaklaşım, kavramlar, yöntemler ve belirli referanslarla karakterize edilmişlerdir. Her aşamanın amacı farklı olup; muayene aşamasında kusur tespiti, kalite kontrolü aşamasında nihai ürün kalitesinin ana kontrolü, kalite güvencesi aşamasında ara ve nihai kalitenin kalıcı inşası ve toplam kalite aşamasında eylemlerde ve ürünlerde kalitenin küresel yönetimi olarak ifade edilebilir (van Kemenade ve Hardjono, 2019).

Kalitenin tarihsel yolculuğu dikkate alındığında gelinen noktada işletmelerin pazarda yer alabilmek için rekabet etme zorunluluğunun doğduğu aşıkardır. Müşteri günümüzdeki rekabetin temel aktörlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Rekabetin asıl amacı ise müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılayacak ürün ya da hizmetleri sunarak müşteri tatmini elde etmektir. İşletmeler müşteri tatmini sağlamak için elinden gelen çabanın fazlasını sarf etmek zorunluluğunun farkındadır.

1.1.3. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

Dünyadaki bütün yönetim yaklaşımlarından ilham alarak 20. yüzyılın sonlarına doğru yeni bir felsefe şekillenmiştir. Bu yeni yönetim düşüncesi sürekli gelişmeye açık dünya çapında bir yönetim yaklaşımı olan toplam kalite yönetimidir. Bu yönetim felsefesi Amerika'da doğmuş fakat Japonya'da geliştirilmiştir. Bunun en önemli sebebi Japon kültürünün bu duruma olanak sağlaması (Hatipoğlu, 2008) ve bu alanda yöneticilerin kendilerini geliştirerek işletmelerin rekabet avantajı sağlamalarıdır (Özsüzer, 2019). TKY' nin çalışma prensibi, işlem süreçlerinde hata oluşmasının engellenmesi ve sorunsuz devam eden bir sistem kurulmasıdır. Bu sayede tamamlanmış ürünlerde kalite kontrol yapılması engellenmiş ve kaynakların boşa kullanılması önlenmiş olur. Bunun sonucunda sistem kusursuz olacak şekilde tasarlanarak ve kaynaklar verimli kullanılarak istenilen kaliteye ulaşılır (Dolapoğlu, 2018).

Toplam kalite yönetimi üç kelimenin bir araya gelmesiyle oluşmuştur. Bunlar toplam, kalite ve yönetim kelimeleridir. **Toplam**, bütün çalışanların sürece katılımını, mevcut ve potansiyel tüketicilerin ve yapılan üretim ve hizmetleri dikkate almayı ifade etmektedir. **Kalite**, iç ve dış müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının bütününün istenilen zamanda karşılanması ve hatta aşılması üzerine odaklanan ürün ve hizmetlerin tamamını kapsamaktadır. **Yönetim** kaliteli ürün ve hizmet için istenilen bütün koşulların yönetim tarafından yerine getirilerek tüm çalışanlarına liderlik yapan ve sürekli iyileşme ve gelişmeye açık bir yaklaşım olarak ele alınabilir (Çelik, 2020).

TKY kavramı ile ilgili ortak bir tanım olmayıp (Berkiten, 2020; Jıbrıl, 2019) bu konuda çalışmalar yapan araştırmacılar kendi donanım ve akademik tecrübelerinden yola çıkarak birbirinden farklı tanımlar ortaya koymaktadırlar (Altan, 2019). TKY kavramı ile ilgili literatürde yer alan tanımlara aşağıda yer verilmektedir.

Bazı araştırmacılar toplam kalite yönetimi kavramını, üretilen ürünün kalitesine ve bütün iş süreçlerinin iyileştirilmesine odaklanarak ifade etmektedirler (Topalovic, 2015 ve Ngambi ve Nkemkiafu, 2015). Topalovic (2015), “TKY’yi, müşteri tatminini sağlamak için iş süreçlerini iyi yöneterek, işletmelerin verimli çalışmasını sağlayan ve rekabet gücünü üst seviyeye çıkaran” bir kavram olarak ifade ederken, Ngambi ve Nkemkiafu'ya (2015) göre TKY, “bir organizasyondaki süreçlerin performansında ve bu süreçlerin çıktıları olan ürün ve hizmetlerin kalitesinde sürekli iyileştirmeye dayalı bir kavramdır”.

Bir diğer değerlendirmede ise toplam kalite yönetimi kavramını, müşteri memnuniyetini sağlamak için bütün çalışanların katılımını ve üst yönetim liderliğini ön plana çıkarmaktadır. TKY'nin üstün performansla müşteri memnuniyetini sağlamaya çalışan bir yönetim felsefesi olduğu söylenebilir (Kumar ve Sharma, 2017).

Farklı bir değerlendirmede ise kalite yönetimi kavramını işletmelerin rekabet etme yeteneğine sunduğu katkı üzerinden tanımlamaktadır. TKY, dünya çapında rekabet gücünü artırmak için yaygın olarak uygulanan bir süreçtir (Saleh, Sweis ve Saleh, 2017).

1.1.4. Toplam Kalite Yönteminin İlkeleri

Toplam Kalite Yönetiminin çağdaş bir yönetim felsefesi olarak benimsenmesinin sebebi; bütün çalışanların tam katılımı, müşteri odaklılık, sürekli eğitim, sürekli iyileştirme ve geliştirme, takım çalışması, herkesi kapsayacak şekilde olması, sıfır hata prensibi, yöneticilerin kaliteye liderlik etme bilincinde olması ve işletmelerin iç ve dış müşterinin beklentilerini karşılamada önemli olanaklar sağlamasındandır (Işık, 2014). Toplam kalite yönetiminin ilkeleri birbirini tamamlayarak bir bütün oluşturmaktadır (Şimşek, 1996).

TKY'nin temel ilkelerinden önemli olanları; üst yönetim liderliği, müşteri odaklılık, takım çalışması, sürekli iyileştirme ve geliştirme ve çalışanların bağlılığı ve eğitimi olarak sıralanmaktadır (Agarwal vd., 2015; Tuomi, Ajmal ve Helo, 2013).

Müşteri Odaklılık: Toplam kalite yönetiminin en temel ilkesi, müşteri odaklılık olarak ifade edilmektedir. Bu ilkenin amacı; “müşterinin beklentilerini ve ihtiyaçlarını en uygun şekilde karşılamak ve beklentilerinin üzerinde ürün ve hizmet sunarak müşteri memnuniyetini sağlamaktır” (Çelik, 2020).

Üst Yönetim Liderliği: TKY uygulamalarının işletmelerde sağlıklı yürütülmesi için üst

yönetimin liderliği ve isteğinin olması (Çelik, 2020) organizasyonun elde edeceği sonuçlar üzerinde doğrudan etkiye sahiptir (Arslan, 2019). İşletmelerin TKY' ye geçişi üst yönetimin liderliği ve isteği olmadan gerçekleşemez. Yöneticiler günümüz piyasa şartlarını iyi analiz ederek çalışanların birbiri ile uyumlu bir şekilde çalışmasına ortam hazırlayan, çalışanların fikir ve görüşlerine değer verildiği kurumsal kültürün geliştirildiği bir ortam sunmalıdırlar (Taş, 2019). Lider, kalite iyileştirme süreçlerinin arkasındaki destekleyici ve itici güç olarak kabul edilmektedir (Foster, 2012). Üst yönetimin kalite çabalarına liderlik etmesi, iyileştirme ve geliştirme için hedefler belirlemesi ve herkesin desteğini kazanmak için belirlenen kalite politikasını uygulaması gerekmektedir (Nicholas, 2016).

Çalışanların Bağlılığı ve Eğitimi: Toplam kalite yönetimi ürün ve hizmet kalitesini geliştirme faaliyetlerinin yanında organizasyonun kalitesini de iyileştirmeye çalışır. Çalışan bağlılığı, işletmeler tarafından çalışanları yönetsel karar alma sürecine ve iyileştirme faaliyetlerine dahil etmek ile yapılabilir (Madanat ve Khasawneh 2017). Çalışanların bağlılığının sağlanması için gönüllülük esası şarttır. Unutulmamalıdır ki mutlu ve örgütsel bağlılığı yüksek seviyede olan çalışanlar daha kaliteli ürün ve/veya hizmet üretimi için elinden gelenin fazlasını gösterecektir (Taş, 2019). TKY felsefesinin başarı olabilmesi için eğitim ana amaç olmalı ve eğitim kalitesi de artırılarak (Şen, 2013) çalışanların istek ve ihtiyaçlarını tam olarak karşılamak ve üst düzey yöneticileri sürekli işe dahil etmek gerekmektedir (Yağmurcu, 2015). Modern yönetim yaklaşımı işletme içindeki bütün çalışanların eğitilmesini ön plana almaktadır (Erdemir, 2015). İşletmeler insana yaptığı yatırım nezdinde kaliteli insan kaynağına da sahip olabilmekte, aksi takdirde çalışanların işletmeye vereceği zarar, eğitim maliyetlerinden daha fazla olmaktadır. İyi planlanan eğitim ve geliştirme faaliyetlerinin ise bireysel ve örgütsel faydalı katkılar sağlaması açısından önemlidir.

Takım Çalışması veya Tam Katılım: TKY, müşterinin uzun süreli memnuniyetini sağlamayı, çalışanlar ve toplum için fırsatlar sağlamayı amaçlayan, çalışanların tamamının katılımı ile kalite üzerine odaklanmış bir yönetim yaklaşımıdır (Efil, 2010). TKY ile sürekli gelişme anlayışı ile bütün çalışanlar ile müşterilerin görüş ve düşüncelerinin dikkate alındığı tam katılımlı bir sistem yaklaşımı ortaya konmaktadır (Tekin, 2009). Herkesi ilgilendiren bazı konularda bütün çalışanların karar alma süreçlerine katılması gerekli ve önemlidir (Taş, 2019). Kalite yönetimi uygulamalarının

organizasyon bünyesinde yer edinebilmesi için çalışanların daha fazla katılımını gerektirmektedir (Asif vd., 2019). Farklılıkların bir potada eritilerek ve çalışanların güçlü yönleri ile karar verme aşamasında yer almalarının sağlanması ve bütün çalışanların desteğinin alınması gerekmektedir (Çapacıoğlu, 2017).

Sürekli İyileştirme ve Geliştirme: Sürekli iyileştirme kavramı Japonca bir terim olan Kaizen'den gelmektedir (Taş, 2019). Sürekli iyileştirme; maliyetler azalırken tüketici memnuniyetinin rekabet gücüyle birlikte yükseldiği, teknolojik gelişmeler ile birlikte değişen süreçlere yönelik organizasyonların hızla geliştiği bir kavramdır (Özsüzer, 2019). Sürekli iyileştirme ve geliştirme, sürecin, ürün ve/veya hizmetlerin ve insanların kalitesini geliştirmek adına kalıcı bir çaba ile en yüksek performans seviyesine ulaşmanın aracıdır (Madanat ve Khasawneh, 2017). TKY, işletmelerin müşterilerin kalite ihtiyaçlarını ve beklentilerini gerçekleştirmek adına organizasyondaki herkesin sürekli iyileştirme ve geliştirme sürecine katkı sağladığı sistematik bir yaklaşımdır (Öğüş, 2019).

1.2. Sağlık Hizmetleri

Bu bölümde sağlık kavramı, hizmet kavramı, sağlık hizmeti kavramı, sağlık hizmetleri ve özellikleri ve sağlık hizmetlerinde kalite ve özellikleri hakkında bilgiler verilmektedir.

1.2.1 Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

“05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre”: Sağlık, “*Yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir*” (Madde 2). “*Sağlık Hizmetleri'nin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergenin 4/a maddesinde*” sağlık; “*Bireyin sadece hasta ya da sakat olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam anlamıyla iyilik halinde olmasıdır*” (Madde 4/a).

Hizmet kavramı 1700'li yıllardan günümüze kadar sistematik bir şekilde araştırılan bir kavramdır. Bir işletmenin ürün veya hizmetlerinin kalitesi, meşru müşterinin işletmeye ilişkin memnuniyet düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Günümüzde hizmet kavramı geçmişe kıyasla daha fazla öneme sahiptir. Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmelerin etkisiyle müşterilerin yapısı değişmekte ve hizmet kavramının önemi daha çok ön plana çıkmaktadır. Bu sebeple hizmet sektörü küreselleşen dünya ekonomilerinin önemli bir parçası olarak kabul edilmekte ve kavrama dair her detay ayrı ayrı öneme sahip olmaktadır. Hizmetlerin fiziksel mallardan farklı özelliklere sahip olmaları, geniş bir

yelpaze içinde değişkenlik göstermeleri ve fiziksel mallarla olan bağlantıları nedeniyle hizmet kavramının tanımlanması güçleşmekte ve farklı tanımların yapılmasına neden olmaktadır. Hizmet kavramı Armstrong ve diğerleri (2014) tarafından, “doyum ve yarar sağlamak amacı ile satışa sunulan, soyut özellikleri olan ve alındığında sahip olma durumu oluşturmeyen bir ürün formu olarak” tanımlanmaktadır. Hizmet kalitesi hastaların beklentilerini, memnuniyetlerini ve sadakatini etkilediğinden, kalitesi yüksek seviyede hizmetlerin sunulması hizmet işletmelerini başarısı için bir ön koşuldur (Izadi vd., 2017); bu sebeple hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi işletmelerin hep gündeminde olmuştur (Sahney, Banwet ve Karunes, 2006).

Sağlık hizmeti soyut bir üründür ve üretilmiş ürünler gibi fiziksel olarak dokunulamaz fakat hissedilebilir veya ölçülebilir (Mosadeghrad, 2013). Buradan hareketle sağlık hizmeti kalitesi, özelliğı gereğı soyut olması sebebiyle hizmet sürecine, müşteri ve hizmet sağlayıcı etkileşimlerinin eşgüdümündedir (McLaughlin ve Kaluzny, 2006). Sağlık hizmetleri, sadece tedaviden ibaret değildir; aynı zamanda insanların sağlığını korumak ve tedavi etmek için yapılan bütün faaliyetleri sistemli bir şekilde bir araya getiren organizasyon olarak tanımlanmaktadır (Uçak, 2020). “05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre”: Sağlık hizmetleri *“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler”* olarak tanımlamıştır (Madde 2). “Sağlık Hizmetleri’nin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergenin “3/b” bendinde *“Bireylerin sağlıklarına zarar verecek olan çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların iyileştirilmeleri için yapılan hizmetlerin bütünüdür.”* şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre sağlık hizmetleri *“Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş, kalıcı bir sistemdir”* (Polat, 2016).

Sağlık hizmetlerinin ana amacı birey ve toplumların sağlığını sürdürmesini sağlamak, hastalıklarla etkin mücadele etmek ve insanı ve toplumu sağlıklı kılmaktır. Sağlık hizmetlerinin amaçları şu şekilde sıralanabilir (Harput, 2014):

- Sağlığa olan talebin oluşmasını sağlamak,
- Nüfusun sağlık standardını artırmak,
- Bireyleri hastalıklardan korumak için önlemler almak,
- Hasta bireyleri kısa zamanda iyilik haline ulaştırmak için çaba sarf etmek,
- Hasta ve sakat durumdakilerin iyilik haline kavuştuktan sonra rehabilitasyonunu sağlamaktır.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, insanın en doğal haklarından biri olan yaşama hakkını devam ettirebilmesi için gerekli tıbbi, teknik ve teknolojik imkanları bünyesinde barındırması gereken ve bu imkanları bireylerin ve toplumların yetiştirilmesinde kullanan en önemli hizmet türlerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin önemi ve uygulanabilirliği, günümüzde hizmet sektörünün önemli bir bileşeni olarak gelişmiştir (Antony vd., 2019). Operasyonel verimliliği iyileştirme güdüsü ile sağlık hizmetleri sektöründe giderek artan rekabet gücü, sağlık hizmetleri sektörünün iş dünyasında bir adım önde olmasının temel itici gücü olmuştur (Ebrahimi ve Sadeghi, 2013). Sağlık hizmetleri evrensel bir özelliğe sahip olup, bireylere ve toplumlara sunulan sağlık hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamı gereği sunulan hizmetlerin maliyeti yüksek olup, diğer hizmet sektörlerine göre daha hızlı bir değişim ve gelişim göstermektedir. Bu sebeple sağlık hizmetleri, diğer hizmet alanlarına nazaran hızlı ilerlemekte ve diğer alanlar ile etkileşimi daha yoğun olmaktadır (Ertekin, 2012).

Sağlık hizmetleri, doğrudan insan hayatı ile ilgili olup hayati öneme sahip olan ve hata kabul etmeyen hizmetlerdir (Dursun, 2019). Yapı, süreç ve çıktı özellikleri bakımından diğer hizmet alanlarından farklılaşmaktadır. Sağlık hizmeti bünyesinde emek, memnuniyet, iyileşme gibi kavramların yer alması nedeniyle girdi ya da çıktılar soyut bir özellik taşımaktadır ve ölçülebilirliği zordur (Taş, 2019). Sağlık hizmetleri, çalışanlar arasında uzmanlaşmanın ve faaliyetlerinde yüksek seviyede bütünleşme gerektiren özellikleri bünyesinde barındırması sebebi ile çok önemlidir. Bu sebeple birçok hizmet sektörü ile kıyaslandığında, bu hizmetlerin üzerinde dikkatlice durulmasının ve mümkün olan yüksek kalitede hizmet üretilmesi bilinci ile hareket edilmesi gerekmektedir (Kılıç ve Aydın, 2015 ve Aslantekin vd., 2007). Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık fazladır. İşlevsel bağımlılık, bireyin ya da departmanın görevini yerine getirebilmesi için;

farklı kişi, kişiler veya departmanların hizmetlerine ihtiyaç duyması olarak ifade edilmektedir (Özdemir, 2019).

Sağlık hizmetleri diğer sektörler için geçerli olan müşteri hizmetleri kriterleri ile aynı ölçüde değerlendirilemez (Atay, 2019). Diğer hizmetlerde müşteri kararları, bireyin isteklerine göre farklı tarihlerde yerine getirilebilir veya ertelenebilir. Ancak bu durum genel itibariyle sağlık sektöründe, hastanın sağlığı ile ilgili ciddi sonuçlar doğurabileceği, sağlığının daha kötüye gidebileceği ve hatta ölümle sonuçlanabileceği için tüketim kararından vazgeçmek veya kararın ertelenmesi gibi bir seçenek mümkün değildir (Astuti ve Nagase, 2014).

Genel anlamda sağlık hizmetleri; sağlığın korunması ile hastalıkların tedavi edilerek iyileştirilmesi için yapılan faaliyetlerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin genel özellikleri; insanların sosyo-ekonomik yapısına, gelir dağılımına, sosyal ve siyasi özelliklerine, hastalıkların yaygınlığı ve çeşitliliğine, ülkelerin sağlık politikalarına, ekonomik durumuna, örgütsel ve mesleki unsurların yapısına, fiziki ve coğrafi özelliklerine, hukuk sistemine ve siyasi kararlara göre farklılık göstermektedir (Polat, 2016).

Sağlık hizmetlerinin çok fazla değişkenin etkisi altında sürekli gelişen ve doğrudan insan hayatıyla ilgili olması gibi önemli özellikleri sebebiyle bu hizmetlerini diğer hizmet sektörlerden farklılaştıran kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. (Kılıç ve Aydın, 2015). Bu özellikler farklı araştırmacılar tarafından (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2018; Top, 2013; Kaygın, 2012; Shortell ve Kalunzy 1983) şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sağlık hizmetleri talebi önceden belirlenmemektedir.
- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği özelliği yoktur.
- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır ve bu hizmetlerin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetlerinde tüketim tesadüfidir.
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmeti alan değil, hekim belirlemektedir.
- Sağlık hizmetlerin de tüketicilerin davranışları değişkendir.

- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşımakla birlikte bu hizmet kamu ağırlıklı özelliği göstermektedir.
- Sağlık hizmetlerinin çıktısının tanımlanması ve ölçümü zordur, verilen hizmetlerin çıktısı paraya çevrilemez.
- Sağlık kurumlarında yürütülen iş ve işlemler oldukça karmaşık ve değişkenlik göstermektedir. Hizmet hasta bazında standartlaştırılmaz ve her hasta için farklı bir süreç izlenmektedir.
- Sağlık kurumlarında yürütülen faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı duyarlıdır ve tolere edilemez.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık yüksek olması sebebiyle farklı meslek çalışanlarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde işbirliği olmalıdır.

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık kurumları, hizmetin somut olmayan çıktısı ve alanında uzman çeşitli personelin birlikte çalışması gereği karmaşık bir organizasyondur. Sağlık kurumlarını diğer hizmet işletmelerinden farklı kılan yönü direkt insan hayatını ele almasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, kritik bir ihtiyaçtır. Ancak kalite, fiziksel bir nitelik hizmeti değildir. Kaliteli bir sağlık sistemi “erişilebilir, uygun, ulaşılabilir, düşük maliyetli, etkili, verimli, iş birliği içinde, güvenli ve hastayla ilgili” olarak tanımlanabilir (Park, 2009). Bakım kalitesi, sağlık sisteminin nasıl çalıştığını izleyerek sürecin iyileştirilebileceği sağlık hizmetlerinde en önemli alanıdır (Shah vd., 2019). Sağlık hizmetlerinde içerik kalitesi bütün sağlık profesyonelleri tarafından belirlenip ve değerlendirilirken, sağlık hizmetinin sunum kalitesi, hasta istek ve beklentileri, eğitim ve kişilerarası ilişkiler ve hasta memnuniyeti ile belirlenmektedir (Mandeep, Chitkara ve Goel, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili literatürde birçok farklı tanımlama yapılmaktadır (Taş, 2019; Dursun, 2019 ve Kaya vd., 2013). Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk veya mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır (Dursun, 2019). Taş’a (2019) göre sağlık hizmetlerinde kalite, tıp bilimi ve teknolojisi ve bütün sağlık çalışanlarının yürüttüğü faaliyetlerin nihai

sonucu olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite yaklaşımının gelişmesine büyük katkısı olan Avedis Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi, “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmettir” olarak tanımlamaktadır (Kaya vd., 2013).

Endüstri ve hizmet işletmelerinde ilk olarak uygulanan kalite uygulamalarının başarılı sonuçları üzerine, 1980’li yıllarda sağlık kurumları da kalite uygulamalarını benimsemeye başlamışlardır (Dursun, 2019; Sharma, 2017). Bununla birlikte 19. Yüzyılda İngiltere’de Florans Nightingale tarafından hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi adına araştırmalar yapıldığı bilinmektedir. ABD’de 1900’lü yıllarda sağlık alanında iyileştirme faaliyetleri başlamış ve buna yönelik adımlar atılmıştır. Bu aşamada önemli konulardan biri Joint Comission for Accreditation of Healthcare (JCAHO-Sağlık Hizmetlerinin Akreditasyonu İçin Ortak Komisyon)’in kurulmasıdır (Top, 2013). 1958’de Accreditation Canada, 1974 yılında The Australian Council on Healthcare Standards ve 1994 yılında Joint Commission International kurulmuştur (JCI, 2021). Türkiye’de sağıkta kalite kavramı, 2003 yılından itibaren “Sağıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte sağlık kurumlarının odağında olmuş ve belirlenen standartlar, “Sağıkta Kalite Standartları” adını almıştır.

“Ürün ya da hizmet satan özel işletmelerdeki kalite politikalarının temel amacı müşteri tatmini, kar ve pazar payını elde etmektir” (Odabaşı, 2003). Sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı; hastaya, doğru hizmetin istenilen kalitede, istenilen zamanda, uygun maliyetle verilmesidir. Hizmet sunumunun yüksek kalitede yapılması, sağlık kurumlarında başarının anahtarıdır (Meesala ve Paul 2018).

Sağık hizmetlerinde kalite yönetimi geniş bir kavram olup, başlangıçta sağık çalışanlarının ne yapacakları konusunda onları yönlendirmek olarak algılanmaktadır. Fakat sağık hizmetlerinde kalite yönetimi, bakım sürecini yönetmek anlamına gelmektedir. (Salehi vd., 2018). Sağık hizmetlerinde kalite yönetimi, bir kuruluşun politikalarına, stratejilerine, kaynaklarına ve uygulamalarına nüfuz eden her şeyi içine alan bir düşünce sistemidir. Bununla birlikte kalite değerlendirmeleri ile ilgili çeşitli modeller öne sürölmüş olsa da Donabedian tarafından önerilen yapı, süreç ve sonuç

üçlüsü kavramı halen kalite değerlendirmesinin temeli olmaya devam etmektedir (Aggarwal Aeran ve Rathee, 2018).

Hastalara sunulan hizmetlerin kalitesi memnuniyet için son derece önemlidir. Geleneksel kalite kontrol yöntemi, hata tespitini odağına alırken, kalite yönetim sistemi, kusur önleme, sürekli süreç iyileştirme ve geliştirme ve hastaların istek ve ihtiyaçlarına göre yönlendirilen sonuç odaklı sistemi odağına almaktadır. Bu sebeple, sağlık hizmetlerinde, hataları oluştuktan sonra önlemekten ziyade mükemmel hasta deneyiminin elde edilebilir olduğunu düşünmeye doğru bir paradigma değişikliği gözlemlenmiş (Aggarwal, Aeran ve Rathee, 2018) ve kalite yönetimi paradigmasına ihtiyaç duyulmuştur (Rathee, 2016). Sağlıkta kalite yönetimi, sağlık kurumlarında yolunda gitmeyen süreçler üzerindeki değişiklikler yapmayı ve yeniliklere açık olmayı kolaylaştırması adına temel yönetim aracı olmuştur (Dahlgaard, 2011). Sağlıkta kalite yönetiminin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için sistemin sağlam bir şekilde kurulması, yöneticilerin katkı sağlaması, işlerin yapılış prensipleri ve uygulama standartlarının belirlenerek çalışanlara aktarılması, çalışanların motive edilmesi sonucunda müşteri memnuniyetinin de bu yönde yükseltilmesi sağlanmalıdır (Lüleci, 2018). Yöneticilerin kalite sürecine daha çok katkı sağlamak için öne çıkmaları gerekmektedir (Rana, Behera ve Nair, 2014).

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Avedis Donebedian 1990 yılında yaptığı çalışmasında, sağlık hizmetlerinde olması gereken kalite özelliklerini etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve eşitlik olarak belirlemiştir (Aggarwal, Aeran ve Rathe, 2018). Bu özellikler kalite değerlendirmesinde kullanılan en temel özellikler olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Etkenlik: Etkenlik, imkanları verimli kullanarak işleri hatasız yapabilme yeteneğidir. Elde bulunan kaynaklar ve bilimsel bilgiler sayesinde, hastanın mevcut sağlık durumunda yapılabilecek en iyi iyileştirmeyi en kısa sürede yapabilme yeteneğidir (Yağmurcu, 2015). Mevcut imkanlar kullanılarak uygulanan sağlık hizmetlerinin hastalar açısından en uygun sonucu vermesidir (Yükçü ve Atağan, 2009). Etkenlikteki amaç önceden belirlenmiş standartlar doğrultusunda yapılan hizmetlerin, uygulamadan sonraki durum ile karşılaştırılması sonucu değerlendirme yapılabilir bir fark oluşturmastır. Dolayısıyla hizmet sunulmadan önce belirlenen standartların; hizmetin sunumunu gerçekleştirmek

için kullanılan girdilerin ne kadar verimli kullanıldığına işaret eder. (Burçoğlu Karaca 2014).

Etkililik: Etkililik yürütülen faaliyetlerin hastanın durumunda kısa zamanda olumlu yönde değişiklik göstermesidir. Diğer bir ifade ile etkililik, hastaya verilen hizmetin sonucunda amaca ne kadar hizmet ettiğinin somut kanıtıdır. Hastaya verilen sağlık hizmeti hastanın sağlık durumuna pozitif etki yapmışsa uygulanan sağlık hizmetinin etkili olduğu söylenebilir. Hastaya sunulan sağlık hizmetinin etkililiği, hastanın mevcut durumu ile en ideal hizmet sonrasındaki durumu arasındaki değişikliğe yakınlığı ile değerlendirilmektedir (Yükçü ve Atağan, 2009). Uygulanan sağlık hizmeti hastanın durumunda hiçbir değişiklik yapmadıysa bu hizmetin doğru ve tam olarak uygulanması o hizmetin etkili olduğunu göstermez. (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Verimlilik: Verimlilik, sunulabilecek en iyi hizmetin en düşük maliyetle gerçekleştirilmesidir. Uygulanan sağlık hizmetinin etkinliği, etkililiği ve bu hizmetin üretilmesi için kullanılan kaynakların maliyetinin en aza indirilmesi sonucu ortaya çıkan faydayı ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle etkili bir sağlık hizmeti üretiminin düşük maliyet ile üst düzey fayda sağlayacak şekilde uygulanması olarak da ifade edilebilir (Yıldırım, 2014).

Optimallik: Optimallik, belirli hedefler çerçevesinde bir değişkenin alması muhtemel en yüksek değeri ifade etmektedir. Dolayısıyla optimallik, fayda ile maliyet arasındaki dengenin en üst düzeyde sağlanmasıdır. Sağlıkta optimallik ise hastaya sunulan sağlık hizmet oranına bağlı olarak fayda ile maliyet arasındaki en iyi denge noktasıdır (Burçoğlu Karaca, 2014).

Kabul Edilebilirlik: Kabul edilebilirlik, *sunulan hizmetin hizmet alanlar tarafından bazı özellikleri bünyesinde barındırması* anlamına gelmektedir. Sağlık personellerinin hastalara karşı tutum ve davranışları, hizmet sunulan ortamın güvenilir ve rahat olması ve hizmete erişimin kolay olması hasta ve hasta yakınları tarafından hizmetlerin kabul edilebilir olduğu anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Yasallık: Genel olarak yasallık, sunulan hizmet(ler)in toplumsal ve kişisel beklentilere uygun olması, diğer bir ifade ile toplumsal yapı tarafından kabul görmesini ifade etmektedir. Yasallık, toplum tarafından kabul gören sağlık hizmetlerinin aynı zamanda

sosyal yaşam, ilgi, tercih ve beklentilere uygun olarak sunulmasını da belirtir. (Çavuş ve Gemici, 2013).

Eşitlik: Eşitlik, sağlık hizmet (ler)ine ihtiyaç duyan tüm bireylere yönelik herhangi bir ayırım gözetmeksizin, her bireyin adil bir biçimde sunulan hizmetlerden yararlanmasını ifade etmektedir (www.kalite.saglik.gov.tr, 2021). Bu bağlamda, eşitlik “bir toplumun fertleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru veya adil olanı belirleyen prensibe uygunluk” olarak ele alınır (Kaya vd., 2013). Herkesin kaliteli, güvenli ve düşük fiyatlı sağlık hizmetlerine erişme hakkı vardır (Figueras ve McKee, 2012).

1.3. Süreç Yönetimi

Çalışmanın bu bölümünde süreç kavramı, sürecin özellikleri, süreç yönetimi ve sürecin temel unsurları konusunda bilgiler verilmektedir.

1.3.1. Süreç Kavramı

1960’lı yıllardan itibaren değişen ve gelişen teknoloji sayesinde tüketicilerin ihtiyaç ve beklentileri artmıştır. Bu durumun sonucunda işletmelerin pazarlama stratejilerinde farklılaşmaya yol açmış, üretim merkezli pazarlama yöntemleri yerini müşteri merkezli pazarlama yöntemlerine bırakmıştır. Günümüz şartlarında tüketiciler, kurum/kuruluşlar küresel pazarda isteği ürüne kolayca ulaşabilir hale gelmiştir. Bu da işletmelerin “kalite” kavramına yönelmesine yol açmıştır. Müşteri memnuniyetine verilen önem sayesinde ürün/hizmet kalitesi arttırılmıştır. Müşteri istek ve ihtiyaçları ile memnuniyetlerinin sağlanması adına uygulanacak süreçlerde süreç yönetiminin önemli bir yeri vardır.

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre süreç, aralarında birlik olan veya belli bir düzen veya zaman içinde tekrarlanan, ilerleyen, gelişen olay ve hareketler dizisi anlamına gelmektedir (sozluk.gov.tr, 2021). Süreç, girdileri olan, bunlara müşterileri için değer ekleyen ve çıktı üreten bir faaliyetler dizini, belirli bir çıktı (ürün ya da hizmet) elde etmek için, birbirleriyle etkileşim içinde bulunan insanlar, ekipman, malzemeler, yöntemler ve çevresel unsurların bir toplamı olarak tanımlanabilir (Özdemir, 2007).

Süreç kavramı ile ilgili birbirinden farklı birçok tanımlama yapılmaktadır. Bazı araştırmacılar süreç kavramını, müşteri memnuniyetini sağlamak için işletmelerde yapılan faaliyetler dizisi olarak tanımlamaktadırlar (Abbasaliyev, 2020 ve Dumas vd.,

2013). Abbasaliyev (2020) tarafından süreç kavramı, herhangi bir mal ya da hizmetin müşteri gereksinimlerini karşılayacak kalite standartlarında yapılması için gerekli faaliyetler ile makine, işgücü, yöntem ve malzeme etkenlerinin sistematik olarak planlandığı sistemin tamamı şeklinde ifade etmektedir. Süreç, en az bir müşteri için değer yaratabileceği bir çıktıyı hedefleyen, bir dizi aktörü ve dökümanı içinde barındıran, faaliyetler ve karar noktaları ve birbirileri ile ilişkili olayların bütünüdür. (Dumas vd., 2013).

Farklı bir değerlendirmede süreç kavramını, yapılması planlanan faaliyetlerin ve izlenmesi gereken adımların nasıl yapılması gerektiği üzerinden ifade etmektedirler (Küçükaltbay, 2019; Bozkurt, 2010; Lockamy ve Smith, 2009; Paim, Caulliaux ve Cardoso, 2008). Küçükaltbay (2019) tarafından süreç, girdinin çıktıya çevrilmesi için yapılması gereken faaliyetler ve bu faaliyetleri kapsayan çeşitli sistemlerin bütünü olarak tanımlamaktadır. Lockamy ve Smith (2009) ise mevcut ihtiyaçların sürekli iyileştirilmesi ve ek ihtiyaçlara hizmet etmek amacıyla yeni süreçlerin geliştirilmesi olarak tanımlar.

1.3.2. Sürecin Özellikleri

Alan yazında yer alan çalışmalar incelendiğinde sürecin özellikleri ile ilgili birden fazla tanımlama yapılmış olmasına rağmen tanımlamaların genelinde ortak özellikler yer almaktadır (Aras, 2005; Bozkurt, 2003; Tütüncü, Doğan ve Topoyan, 2004). İşletmelerin kaynaklarını etkili ve verimli bir şekilde kullanabilmesi için süreçlerin özenle yönetilmesi gerekmektedir. Etkin ve verimli yönetilen bir sürecin temel özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir: (Bozkurt, 2003).

Tekrarlanabilir Olma: Sistematik olarak süreçlerin denetim altında tutulması ve kontrol kolaylığı açısından süreçler arası faaliyetler ile girdi çıktı ilişkisinin iş akışında herhangi bir farklılık olmadan gerçekleşmesini ifade etmektedir. İş akışında tekrarlanma olması nedeniyle sorunlar tespit edilebilir ve önceki dönemlerle kıyaslama yapılabilir (Aras, 2005). Süreçlerin akışında yapılacak standardizasyon ve geliştirme işlemleri sayesinde önceki ve sonraki süreçlerin karşılaştırılması yoluyla iyi sürecin tekrarlanması sağlanabilir. Bu sayede en iyi süreç uygulamada tekrarlanabilir.

Tanımlanabilir Olma: Süreçlerin herkes tarafından anlaşılabilir olması için iyi tanımlanmış olması gerekmektedir. “Sürecin girdisini, girdinin oluşmasını sağlayan tedarikçinin, bu aşamalarda yapılan işlemlerin adımlarının, sürecin haritasının, ortaya

çıkan çıktının ve müşteri portföyünün belirlenebilir olmasıdır” (Bozkurt, 2003: 12). Süreçlerin bütün faaliyetlerine organizasyondaki tüm çalışanların bu konuya hâkim olması gerekmektedir. Süreçlerin tamamının belirlenmesi, yazılı bir şekilde tanımlanma ve çalışanların bu süreçleri bilmesi oldukça önem taşımaktadır. Çalışanların çalışma alanlarına yönelik süreçleri ve diğer süreçleri detaylı bir şekilde bilmesi ve bu süreçlerin doğru şekilde anlaşılması amacıyla herkes tarafından anlaşılır bir sistem geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Sorumlusunun Olması: Sürecin doğru bir şekilde yürütülebilmesi ve çıktının sağlıklı olabilmesi için sürecin bir sorumlusunun olması gerekmektedir. Bu sayede sürecin aksayan yönlerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi ve etkin bir şekilde yürütülmesi açısından önemli olmaktadır. Süreç sorumlularının süreci takip etmesi ve performansını izleyerek gidişat hakkında bilgi sahibi olabilmesi ve sorun olduğu durumlarda müdahale ederek düzeltici önleyici faaliyetlerin zamanında yapılması önemli özelliği olmaktadır (Şengün vd., 2013).

Ölçülebilir Olması: Sürecin temel özelliklerinden birisi ölçülebilir bir faaliyet olmasının yanında performans göstergeleri ile izlenebilmesidir. Süreçlerin kontrol altında olması ve gerekli iyileştirmelerin yapılabilmesi için ölçülebilir olması gerekmektedir. Bir faaliyetin etkili ve verimli olduğunu ölçerek anlayabiliriz. Bu bağlamda süreçlerin etkinliği ve verimliliğini ortaya çıkarmak için ölçümlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple süreçlerin ölçülebilir olma özelliğine sahip olması gerekmektedir (Aras, 2005; Tütüncü, Dogan ve Topoyan, 2004). Drucker’ın “Ölçemediğiniz hiçbir şeyi kontrol edemez, kontrol edemediğiniz hiçbir şeyi yönetemezsiniz” ifadesi bağlamında süreçlerin kontrol altında olması için ölçülebilmesi önemlidir.

Katma Değer Yaratması: Katma değer, elde edilen çıktının sürecinin kaliteli ve verimli olması anlamına gelmektedir. Girdiyi çıktıya dönüştürürken süreçlerin doğru çalışması için gerekli hassasiyet ve özveri ortaya çıkan ürünün tercih edilmesi ile doğru orantılıdır. Bu sayede müşteri memnuniyeti sağlanmış olmaktadır. Süreç tanımlarında özellikle vurgulanan bu özellik amaçlanan çıktıya ulaşmada sürece değer katması özelliğidir. İşletmelerin faaliyetlerinin entegre şekilde yürütülmesi sayesinde müştereri memnuniyetine ve işletmeye olumlu katkı sağlamalıdır (Aras, 2005).

1.3.3. Sürecin Temel Unsurları

Bir sürecin meydana gelmesi için mutlaka sahip olması gereken unsurlar vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

Girdi: Sürece uygulanan çeşitli aşamalardan sonra süreci harekete geçirmeyi sağlar. Sürece göre organizasyon yapısı içinden veya dışından olabilir.

Çıktı: Süreç tarafından ortaya çıkarılan nihai ürün ve hizmetlerden oluşmaktadır. Müşteri istek ve beklentilerine göre süreç yönetiminde çıktılar üzerinde süreç iyileştirmeleri yapılmaktadır.

Tedarikçi: Sürecin girdilerinin tedarikini sağlayan, organizasyon içerisinde bulunan ya da organizasyona dışarıdan destek sağlanan kişi veya yapılardan oluşmaktadır.

Müşteri: Süreç içerisinde uygulanan aşamalar sonucunda ortaya çıkan çıktıları kullanan ya da fayda sağlayan kişi, kurum ya da kuruluşlardan oluşmaktadır. Organizasyonlar için müşteri, memnun edilmesi gereken odak noktanın başında gelmektedir (Öztürk, 2009).

Süreç Performans Göstergeleri: Sürecin ölçülebilmesi sonucunda süreç ile ilgili iyileştirme yapılabilmesini sağlayan performans göstergesidir. Bu performans göstergesi müşterilerin ihtiyaç ve taleplerinin yerine getirilmesini sağlayan bir ölçüttür.

Süreç Sahibi: Sürecin tamamını yöneten ve süreç ile ilgili bilgi ve donanımına sahip kişilerdir. Sürecin bütün aşamalarına hakim olan ve çıktılarından hareketle müşterilerini tanıyan ve müşteri beklentilerinin farkında olan en üst düzeyde yer alan kişidir (Bozkurt, 2003).

Süreç Sorumlusu: Süreç sahibi tarafından yetkilendirilen ve sorumlu tarafından sınırları çizilen süreç faaliyetlerini yöneten, temsil hakkını elinde bulunduran kişidir.

Süreç Ekibi: Sürecin geliştirilmesi ve iyileştirmesi için katkıda bulunan kişi ve kurum ve kuruluşlardır.

1.3.4. Süreç Yönetimi

Küreselleşmenin yoğun yaşandığı günümüzde hızlı değişimler işletmeleri pazarda ayakta kalabilmek için bütüncül bir yaklaşım sergilemelidir. İşletmeler bunu sağlayabilmek için süreçlerini, paydaşlarını, mal ve hizmetlerini ve müşterilerini iyi yönetmelidir (Bozkurt, 2019). İşletmelerin varlığını sürdürebilmek için süreç yönetimi yaklaşımına ihtiyaç

duymaktadırlar. Süreç yönetimi, işletmelerin iş yapma modellerini klasik hiyerarşi düzenine göre değil, süreçlerin ilerlemesine göre tasarlayan yeni bir yönetim yaklaşımıdır (Küçükaltbay, 2019). İşletmeler pazardaki hızlı değişimlere ayak uydurmak ve giderek artan müşteri isteklerine cevap verebilmek için yeni kalite iyileştirme yöntemleri ve maliyet azaltma tekniklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yoğun rekabet şartlarında yeni iş modelleri ve esnek süreçler tasarlama zorunluluğu, süreç yönetimine olan dikkati ve ilgiyi günden güne arttırmaktadır (Waal, Ravesteyn ve Maris, 2017).

Süreç yönetimi ile ilgili alan yazında birçok tanımlama mevcuttur. Bu tanımlara aşağıda yer verilmektedir. Coşkun (2020) süreç yönetimini, “işletme faaliyetleri için süreçlerin belirlenmesi, tanımlanması, analiz edilmesi, tasarlanması, kontrol edilmesi, ölçülmesi ve sürekli geliştirilmesini kapsayan bir yönetim yaklaşımı” olarak ifade ederken, Sadıkoğlu ve Olcay (2014) ürünün kalitesini yükseltmek ve süreçteki farklı uygulamaların sayısını düşürmek için önleyici bir yaklaşım olarak ifade etmektedir. Başka bir ifade ile süreç yönetimi, tüketici ihtiyaçlarını karşılamak ve bunun devamlılığını sağlamak üzere işletmedeki süreçlerin sürekli ve belirli aralıklarla analiz edilmesi, takip edilmesi ve geliştirilmesini sağlamak üzere yürütülen faaliyetlerin bütünüdür (Delen, 2007).

Yukarıda yer alan tanımlar bağlamında süreç yönetiminin mevcut rekabet dünyasının gerektirdiği performans çeşitliliğini eşzamanlı olarak sürdürmek için tüm çabaları koordine etmek amacına hizmet eden bir kavram olduğunu ifade etmek mümkündür. Süreç yönetimi, müşteri memnuniyetini amaçlayan yönetimler açısından önemli itici bir güç olarak kabul edilebilir.

Süreç yönetimi, mevcut iş gücünün çok fazla değil, daha etkin ve verimli bir şekilde çalışmasını imkan sunarak, işletmenin amaçlarına ulaşmasına katkı sağlamaktadır (Lee ve Yom, 2007). Süreç yönetimi, hedeflenen müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde iş süreçlerinin yönetilmesi ve buna istinaden müşteri tatmininin sağlanmasına olanak tanımaktadır. İşletmelerde yürütülen faaliyetler, temel süreçlere ve alt süreçlere ayrılırlar ve bir zincirin halkaları gibi birbirine bağlanırlar ve bir kalite zinciri meydana getirirler. Kalite zincirindeki her faaliyetin bir müşterisi vardır (Ünal, 2015).

Sürecin amacı tüketici gereksinimlerini hızlı, doğru bir biçimde ve tek seferde karşılamaktır. Bu amaç doğrultusunda tüketici ihtiyaçlarına göre hedefler belirlenir. Hedeflere ulaşmak için sürecin iyileştirilmesi gerekir ve bu sayede müşteri gereksinimleri

en üst düzeyde karşılanır. Süreçler düzenli şekilde uygulandığında işlem maliyetleri düşer, müşteriler daha kaliteli mal ve hizmete kavuşur ve eskisine oranla eşdeğer hacimdeki ürün ya da hizmetlerin üretim maliyetleri azalır (Yıldırım, 2002).

İşletmeler, verimliliği ve üretkenliği artırmak için bütün departmanlarda süreç yönetimini uygulamalıdır. İşletmelerin süreç yönetimini etkin bir şekilde uygulamaları halinde aşağıdaki kazanımlara ulaşabilirler (Smith ve Fingar, 2003):

- Süreç yönetimi kontrol ve yetki alanlarının belirlenmesine olanak sağlayarak yüksek düzeyde iş çevikliği sağlar, katma değer oluşturmaya faaliyetleri azaltarak iç ve dış iş süreçlerini organize ederek ve otomasyonu artırır.
- Süreç yönetimi bütün faaliyetlerin yürütülmesine katkı sağlayan sistem, bilgi, makineler ve çalışanlar arasında bir zincirin halkaları gibi işbirliği sağlar ve bütün bu yapılar aşağıdan yukarı ve yukarıdan aşağıya bütün süreç modelleri için uygundur.
- Süreç yönetimi, veri tabanı yönetim sistemleri sayesinde iş ortakları ile ilgili verilerin paylaşılmasına imkan sağlayan bir platform görevi üstlenir.
- Süreç yönetimi, farklı yapılarda uygulansa ve farklı teknik altyapılara sahip olsa bile süreçlerin doğası gereği birbiriyle işbirliği içinde olmalarına ve gerektiğinde ayrışmalarına imkan sağlamaya uygundur.
- Süreç yönetimi, günümüz iş-bilgi teknolojileri farklılığından kaynaklanan sorunları önemli ölçüde azaltarak iş süreçlerini hızlı ve doğru bir biçimde değiştirebilme yeteneği sağlar.
- Süreç yönetimi, süreçlerde yürütülen faaliyetlere ilişkin maliyetleri ve diğer anahtar iş metriklerinin belirlenmesine de imkan sağlar. Bu yönetim felsefesinde sürece katkı sağlayan bütün unsurlar ve kişiler arasında bilgi dolaşımı açık, şeffaf ve istikrarlı bir yapıdadır.
- Süreç yönetimi işletmeler arasında faaliyetlerin takip edilmesini ve yönetimini kolaylaştırır. Bu doğrultuda değer zinciri bütünleşmesi ve iş süreçleri için dış kaynak kullanımına olanak sağlayacak operasyonel bir çevre oluşturmaya katkı sağlar.

1.4. Hasta Memnuniyeti

Sağlık kurumlarının varlığının ana sebebi, sağlık hizmeti alan bireylerdir. Sağlık

kurumları varlıklarını sürdürebilmeleri için hasta beklentilerini karşılayacak hizmetler sunmalı ve hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutacak uygulamalara yer vermelidirler. Bunun için hizmet sunum süreçlerinin tanımlanması ve hizmet üretim süreçlerinin sürekli geliştirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca, özel sağlık kuruluşlarının sağlık sektöründeki rolünün giderek artması ve buna paralel olarak gelişen rekabet de daha kaliteli hizmet sunumunu ön plana çıkarmaktadır. Hasta memnuniyetini merkeze alan uygulamaların artması kaliteli hizmet sunumunun artmasına zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyeti alanında yapılan çalışmalar, hastaların memnuniyetini yükseltmeye yönelik uygulamalar geliştirilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Bu bölümde hasta memnuniyeti kavramı, hasta memnuniyeti kavramının önemi, hasta memnuniyeti kavramının gelişimi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler tartışılmaktadır.

1.4.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı

Memnuniyet; yaşam biçimi, geçmiş tecrübeler, gelecekte beklenenler ile bireylerin ve toplumların değer yargılarını içinde barındıran pek çok faktör ile ilişkili olan karmaşık bir kavramdır. Aynı zamanda memnuniyet, mal veya hizmetlerin müşteri üzerinde bıraktığı izlenim ile onların beklentileri arasındaki karşılaştırmadan kaynaklanan bir haz duygusudur (Ramli ve Sjahrudin, 2015). Bu nedenle memnuniyet basitçe anlaşılabilen ancak tanımının yapılabilmesi zor olan psikolojik bir kavramdır. Memnuniyet deneyim mutluluk, haz almak, refah ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olabilir. Teknik anlamda ele alındığında ise alınan bir hizmet sonucunda müşterilerin tüketim deneyiminden sonra belgelediği bir karardır (Priporas, Laspa ve Kamenidou, 2008).

Sağlık kurumlarının kaliteli hasta bakımı göstergelerinden ve temel çıktılarından birisi olan hasta memnuniyeti, çeşitli faktörler tarafından etkilenen karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır (Yasin vd., 2017). Hasta memnuniyetinin tanımlanması hususunda literatürde fikir birliği yoktur. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı araştırmacılar tarafından, hatta farklı zamanlarda aynı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Bazı araştırmacılar hasta memnuniyeti tanımının, hizmet alanın bakım hizmetlerinden, süreçteki deneyimlerinden ve hizmetlerin yapısına verdiği tepkilerden oluştuğunu dile getirmektedir (Farzianpour, Byravan ve Amirian 2015 ve Pascoe, 1983). Farzianpour, Byravan and Amirian (2015) hasta memnuniyetini, tıbbi hizmetin kalitesini yansıtan tıbbi

kurumların hizmetlerinin genel değerlendirmesi olarak tanımlarken, Pascoe (1983) ise sağlık hizmeti alan bir bireyin bağlam, süreç ve hizmet durumunun belirgin yönlerine tepkisi olarak tanımlamaktadır.

Bazı araştırmacılara göre hasta memnuniyeti; sağlık hizmeti alan bireylerin hizmetten beklentisi, öznel yargıları ve algısının sonucudur (Gök ve Burçkin, 2020; Fatima, Malik ve Shabbir, 2017 ve Akkaya, Bulut ve Akkaya, 2012). Araştırmacıların tanımları incelendiğinde Gök ve Burçkin (2020), hasta memnuniyetini hastanın aldığı hizmete ilişkin algısı ve beklentisi şeklinde ifade ederken; Fatima, Malik ve Sahhbir (2017) hastaların bekledikleri ile sonunda aldıkları arasındaki farka duygusal bir tepki olarak tanımlamaktadır. Akkaya, Bulut ve Akkaya (2012) ise hastaların alacakları sağlık hizmetine yönelik beklentileri ile bakım ve tedavi sonrasındaki elde ettikleri değişime ilişkin algıladıkları olarak tanımlamışlardır.

Farklı bir değerlendirmede hasta memnuniyetinin; hizmet alan bireyin, sağlık kuruluşunu övmesi, sağlık kuruluşunu tercih etmesi ve imajının artırılması için çevresine olumlu görüş aktarması anlamına geldiği ifade edilmektedir (Taşlıyan ve Akyüz, 2010 ve Naidu, 2009). Tanımlar incelendiğinde Taşlıyan ve Akyüz (2010) ise hasta memnuniyetinin hastanın kuruma bağlılığı, hizmet almaya devam etmesi ve çevresindekilere tavsiye etmesi anlamına geldiğini ifade etmektedir. Naidu (2009), hizmet aldıkları sağlık kurumundan memnun olarak ayrılan hastaların olumlu davranışsal niyet sergilediklerini ve bu durumun hastane hizmet imajını arttırdığını ifade ederek hasta memnuniyetinin hastane imajına katkısını vurgulamaktadır.

1.4.2. Hasta Memnuniyeti Kavramının Önemi

Sağlık hizmetlerinin ölçülmesinin ana amacı, hasta memnuniyeti ile hastaların yaşam kalitesini artırmaktır (Manzoor vd., 2019; Asif vd., 2019). Bu nedenle sağlık hizmeti sektöründe hasta memnuniyeti, hayati önem derecesine sahip bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Hussain vd., 2019). Bu bağlamda hasta memnuniyeti, müşteriye elde tutmak ve yanlış uygulama davalarını azaltmak da dahil olmak üzere, sağlık hizmeti organizasyonu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir.

Hizmet sunum kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır (Oh ve Kim, 2017). Bu sebeple sağlık sektöründeki uygulamaların ve kaliteli hizmetlerin iyileştirilmesi için hastaların hizmet kalitesi hakkındaki algısının derinlemesine

değerlendirilmesi gerektiği kabul edilmektedir (Sun vd., 2017). Sağlık hizmetleri içinde, hasta tarafından bildirilen sonuçların belirlenmesi ve ölçülmesine artan bir vurgu söz konusudur (Rathert, Wyrwich ve Boren, 2013). Bu açıdan değerlendirildiğinde hastaların aldığı hizmetler ile ilgili bildirdiği sonuçlar oldukça önemlidir. Çünkü sağlık hizmetleri kullanıcıları tarafından doğrudan tanımlanan ve değerlendirilen süreçler, hastaların sağlık sistemleri içindeki kişisel deneyimleriyle ilgili bilgilerimizi geliştirmektedir (Basch, 2014).

Bleich, Ozaltin ve Murray (2009), Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık hizmeti sunan kuruluşların kaliteyi artırması, hasta güvenliğini sağlaması ve maliyeti en aza indirmesi için hasta memnuniyetinin çok önemli olduğuna vurgu yaptığını bildirmektedir. Son yıllarda sağlık kurumları, hastaların ihtiyaçlarını, isteklerini ve arzularını daha iyi karşılamak için müşteri odaklı bir strateji benimseyerek performanslarını iyileştirmeye çabalamaktadırlar (Verleye vd., 2020). Bu bakımdan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde en önemli kalite boyutlarından ve kilit başarı göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Pakdil ve Harwood, 2005).

Hasta deneyimi, sağlık kurumu performansı ile önemli ölçüde ilişkilidir (Upadhyai vd., 2019). Yüksek kaliteli hizmet sunumu sayesinde sağlık kurumlarının performansı yükselmektedir. Kalite algısı, zamanla gelişen uzun vadeli bir tutum olarak ifade edilirken, hasta memnuniyeti belirli bir deneyime kısa vadeli bir yanıt olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, bir hastanın gelecekteki sağlık hizmeti sağlayıcısını başkalarına tavsiye etmesi ile ilgilenen sağlık hizmeti pazarlamacılarının aksine doktorlar ve hemşireler, hastaların sağlık durumunu iyileştirmek için hasta memnuniyeti verilerini kullanmaya odaklanmaktadır. Bu nedenle, hasta memnuniyeti hem bir sonuç ölçütü (tedaviden sonra sağlık durumundan memnuniyet) hem de bir süreç ölçütü (bakımın verildiği süreçten memnuniyet) olarak değerlendirilebilir (Coulter, Fitzpatrick ve Cornwell, 2009).

Kalite yönetimi felsefesinin birincil hedefi ise müşteri memnuniyetidir. Hasta memnuniyeti, hastane imajını arttırmakta ve bu da artan hizmet kullanımı ve pazar payı anlamına gelmektedir (Andaleeb, 1998). Memnun olan müşterilerin, sağlık hizmeti sağlayıcısının uzun vadeli başarısı için faydalı olan olumlu davranışsal niyetleri sergileme olasılığı yüksektir. Müşteriler, hizmet aldıkları kurumu överek ve başkalarının tercih

etmesini sağlayarak olumlu şekilde niyetlerini ifade etme eğilimindedir (Zeithaml ve Bitner, 2000). Bu anlamda memnun hastaların, sağlık hizmeti sağlayıcısının uzun süreli başarısına katkı sağlayacak olumlu davranışsal niyetleri gösterme ihtimali yüksektir (Naidu, 2009).

Hasta memnuniyeti, günümüzde sağlık hizmetlerinde büyük ilgi gören bir kavram olup, sağlık ve tedavi sisteminin temel amaç ve önceliklerinden biridir. Herhangi bir sistem, verimliliğini artırmak için farkındalığa ve müşterilerin ve müşterilerin fikirlerinin kullanılmasına ihtiyaç duyar. Hasta, sağlık kurumunun hizmetlerinin ana müşterisidir. Hastalar, bakımın kalitesini değerlendirmek için değerli bir bilgi kaynağıdır (Ramli ve Sjahruddin, 2015). Bu nedenle hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin önemli göstergelerinden birisidir (Faezipour ve Ferreira, 2011).

Hasta memnuniyeti ayrıca, hizmet sağlayıcılar açısından zaman içerisinde izlenmesi, güçlendirilmesi ve ulaşılması gereken bir hedeftir. Bu hedefe yönelik çaba sarf edilmemesi, artan hasta beklentilerinin karşılanamaması rakiplerin sağlık kuruluşunu istismar etmelerine zemin hazırlayacaktır. Hasta beklentilerinin içeriğini ve yapısını anlamak, herhangi bir sağlık hizmeti sağlayıcısının proaktif bir şekilde yanıt vermesine imkân sağlayabilecektir. Herhangi bir kuruluşun müşterilerini tatmin etme kabiliyeti, bu beklentiler ürün ve süreçlerle tutarlı olacak şekilde yönetildiğinde en kolay bir şekilde gerçekleştirebilecektir (Friesner vd., 2009).

Sitzia ve Wood, (1997), 1965-1996 yılları arasında hasta memnuniyeti üzerine yayınlanan 100'den fazla makalenin kapsamlı bir literatür incelemesini yapmıştır. Çalışma sonucunda yazarlar, hasta memnuniyeti alanında yapılan çalışmaların karmaşıklığını ve genişliğini vurgulayarak hasta memnuniyetini ölçmenin üç temel amacı olduğu ifade etmişlerdir. Bu amaçlar şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Farklı sağlık bakım programlarını veya sistemlerini karşılaştırmak,
2. Bakım kalitesini değerlendirmek,
3. Hasta memnuniyetini arttırmak için bir hizmetin hangi yönlerinin değiştirilmesi gerektiğini belirlemek,

Hasta memnuniyeti kavramının sağlık yönetimi ve hastalar üzerindeki etkileri nedeniyle değerlendirilmesi önemlidir. Hasta memnuniyeti, içinde yaşanılan topluma ne kadar iyi ve faydalı hizmet sunulduğunu öğrenmenin bir göstergesidir. Ayrıca sağlık hizmetleri

sistemi için önemli bir sonuç olarak görülmektedir. Hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar sağlık yöneticilerine hastalar tarafından algılanan sağlık hizmetlerinin yapısı, süreci ve sonuçları hakkında bilgi sağlar. Ayrıca, yöneticileri sağlık hizmetlerinin olumlu ve olumsuz yönleri konusunda uyarma işlevi görür. Hasta memnuniyetine ilişkin değerlendirmelerin dikkate alınması bir sağlık kuruluşunun hastalara sağladığı sağlık hizmetlerinin kalitesini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olur. Ayrıca, hasta memnuniyeti tedaviye uyum, tıbbi hizmetlerin kullanımı, tıbbi güven, sağlık sonuçları ve hastalar ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişim ile ilişkilendirilmiştir (Castro ve Ruiz, 2009; Thomas vd., 2009). Sonuç olarak, hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, sağlık hizmeti kalite değerlendirmesi ve güvencesi için hayati önem taşımaktadır.

1.4.3. Hasta Memnuniyeti Kavramının Gelişimi

Hasta memnuniyeti çalışmalarına ilk olarak 1950'li yılların ortasında rastlanılmaktadır (Souelem, 1955; Klopfer, Hillson ve Wylie, 1956). Başlangıçta, birinci basamakta ve hastane ortamında hasta memnuniyeti ile hemşirelik bakımı arasındaki doğrulanmış ilişkileri gösteren çalışmalar öne çıkmaktadır (Abdellah ve Levine, 1957 ve Risser, 1975). İlerleyen yıllarda Donabedian (1988), kalite ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelenirken yapı, süreç ve sonuçlar gibi faktörlerin de araştırmalara dahil edilmesi gerektiğini ileri sürmüştür.

Kalite güvencesi ve uluslararası karşılaştırmalara olan ilginin artmasıyla, sağlık hizmeti memnuniyetini ölçmek, geçiş halindeki birçok topluma veya bazen "üçüncü dünya" veya gelişmekte olan ülkeler ve "yükselen ekonomiler" olarak etiketlenen ülkelere girmeye başlamıştır (Alkaabi vd., 2019). Hasta memnuniyeti çalışmaları, hastaların beklentilerini inceleyen öznel bir araştırma yöntemi olarak hizmet algılarını, deneyimlerini ve değerlendirmelerini yansıtmak için kullanılmıştır (Baker ve Crompton, 2000). Jenkinson ve diğerleri (2002), hasta memnuniyeti sonuçlarının tarihsel olarak oldukça yüksek öneme sahip olduğunu ancak kaliteli bakım sunumuna duyarlı olmayabileceğini öne sürmektedir. Drain ve Clark (2004), sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık bakım deneyimlerinin kalitesini değerlendirmelerine izin verilmesini gerekliliğini vurgulamışlardır. Ayrıca hastaların gerçekleştirdikleri değerlendirmelerin hasta memnuniyetinin oluşmasında temel unsur olarak ele alınması gerektiğini

belirtmektedirler. Wagner ve Bear'ın (2008) yaklaşımı incelendiğinde memnuniyet anketlerinin hastaların bakım deneyimlerini ölçmeye ve daha sonra bu deneyimlerin memnuniyetle nasıl ilişkili olduğunu belirlemeye çalışması gerektiği ön plana çıkmıştır. Ayrıca, Wagner ve Bear (2008), gerçekleştirdikleri kavramsal analizde “hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti” ile “genel memnuniyet” arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960'ların sonlarında başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanılarını anlamak istemektedirler. Dolayısıyla verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemekte, bu duruma hastaların kararları da büyük ölçüde etki etmektedir. Bu nedenle bakım kalitesini değerlendirmek, bakıma etkisi olan değişkenleri saptamak, hasta yanıtlarından elde edilenlere göre hizmette hangi öğelere yer verileceği, hangi öğelerin düzeltilmesi gerektiğini belirlemek için hasta memnuniyetinin geçerli ölçüm araçlarıyla sürekli ölçülmesi gerekmektedir (Çoban ve Kaşıkçı, 2008).

Son zamanlarda sağlık endüstrisinde yaşanan hızlı gelişmeler hasta memnuniyeti ölçümünün önemini daha da arttırmıştır (Acuner, 2003). Sağlık sektöründe oluşan rekabet ve özel hastanelerin hızla artması, hasta memnuniyetine verilmesi gereken önemi artırmıştır. Ayrıca sağlık işletmeleri hasta memnuniyeti ölçümlerinin önemini kavrayarak sağlık hizmetlerini hasta odaklı yaklaşım ve hasta memnuniyeti kavramlarına uyarlamaya çalışmaktadırlar. Sağlık hizmetleri sağlayıcıları için hasta memnuniyeti, hastaların elde tutulması, olumlu ağızdan ağıza iletişim ve yüksek karlılık, hastanın doktor tarafından kendisine verilen tavsiyelere ve isteklere uyma eğilimini artırması gibi olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin belirlenmesi sağlık kuruluşları açısından büyük önem arz etmektedir (Bakır, 2006 ve Kavuncubaşı, 2000). Sağlık işletmelerinden hizmet alanların müşteri olarak tanımlanmaları aynı zamanda hasta memnuniyeti kavramına yönelik araştırmaların giderek yaygınlaşmasına neden olmuştur. Hasta memnuniyeti, yaygın olarak tartışılan ve bakım kalitesini iyileştirmenin yanı sıra değerlendirilmesinde de kullanılan bir kavramdır (Chunuan, 2002). Bu durumun, hasta

memnuniyetini etkileyen faktörlere ilişkin daha geniş bilgi elde edilmesinin sağlık hizmeti sunucularına, kamu politikası analizcilerine, sağlık yöneticilerine, uygulayıcılara ve planlayıcılara genel sağlık sisteminin iyileştirilmesine ve kullanıcılara verdikleri hizmetlerin kalitesinin artırılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. (Crow vd., 2002).

Hasta memnuniyetinin ölçülmesinin yüksek derecede önem arz etmesi sebebi ile literatürde hasta memnuniyetine daha büyük önem verilmektedir. Bunun nedeni, hastaların aldıkları sağlık bakımının farklı yönlerini dikkatle değerlendiren tüketiciler olarak görülmesidir (Howard, 2006). Bu bağlamda, hastaların sağlık bakım kalitesinin değerlendirilmesine dahil edilmesi de önem kazanmıştır. Hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilişkilerini sonlandırmaları, sağlık hizmetlerini reddetmeleri ve sağlık hizmetlerinden memnun kalmamaları durumda tedavi önerilerine uymadıkları ise dikkat çekicidir (Heidegger, Saal ve Neubling, 2006).

1.4.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi, gerçek hasta memnuniyetine ulaşmanın dolaylı bir yolu olarak kabul edilir. Bu bağlamda memnuniyeti etkileyen faktörleri belirleyerek hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını anlamak hasta memnuniyetini değerlendirmek ve memnuniyetsizlik nedenlerini ortadan kaldırmak hizmet sunum düzeyini artırabilir. Bunun sonucu olarak da memnuniyet artırılabilir (Ramli ve Sjahrudin, 2015).

Hasta memnuniyeti birden çok faktör tarafından etkilenen dinamik bir süreçtir. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler farklı şekillerde sıralanmaktadır. Bunlar hastaya ilişkin faktörler (yaş, cinsiyet eğitim vb.), hizmet verene ilişkin faktörler (hasta-doktor ilişkisi, hasta-hemşire ilişkisi, hasta-diğer personel ilişkisi vb.), fiziksel ve çevresel faktörler, kabul ve taburculuk sürecine ilişkin faktörler, bürokratik faktörler, güven, yemek hizmetleri, temizlik ve hijyene yönelik faktörler, ücret, bilgilendirme ve iletişim, güven, teknik hizmetler ve mahremiyet gibi faktörler şeklinde sıralanmaktadır (Nguyen, Nguyen ve Dang, 2020; Mammadov ve Gasanov, 2017; Kamra, Singh ve Kumar De, 2015; Akbaş, 2014; Carlin vd., 2012; Milutinovic, Brestovacki and Cvejic, 2010; Öksüz, 2010; Karadağ, 2007). Hastaların ve hizmetlerin çeşitli demografik ve ekonomik özelliklerini analiz etmek, hastaların bakış açısından hastane hizmetlerinin

kalitesini daha iyi anlamamıza yardımcı olabilir.

Literatürden yola çıkarak, birbiri ile ilişkili olan faktörler gruplandırılarak bu çalışmada hasta memnuniyetini etkileyen faktörler belirlenmiştir. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ayrıca sağlık hizmetleri süreçleri de dikkate alınmıştır. Faktörler; hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri süreci olarak belirlenmiştir. Bu faktörler aşağıda tartışılmaktadır.

Çalışmada ele alınan hasta memnuniyetini etkileyen faktörler;

- Sosyo-Demografik özellikler
- Hasta kabul ve taburcu süreci
- Tanı ve tedavi süreci
- İnsan kaynakları süreci
- İletişim süreci
- Destek Hizmetleri süreci

Sosyo-Demografik Özellikler: Nguyen, Nguyen ve Dang (2020), Atalay (2019), Liu ve Fang (2019), Polat (2018) ve Yuvaç (2017) tarafından yapılan çalışmalarda yaşa göre; yaşı büyük hastaların daha düşük yaştaki hastalara oranla aldığı hizmetlerden daha memnun oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Başka çalışmalarda ise yaşa göre hastaların memnuniyet algılarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Arpacı, 2019; Fang, Liu ve Fang, 2019; Bagarad, 2019; Yıldız, 2018; Abut, 2018; Kayacan, 2015; Çelebi, 2015).

Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyete göre yapılan çalışmalarda, kadınların erkeklerden daha memnun oldukları bulunmuştur (Nguyen, Nguyen ve Dang, 2020 ve Arpacı, 2019). Bazı çalışmalarda ise erkeklerin kadınlardan daha memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Yıldız, 2018 ve Abut, 2018). Başka çalışmalarda ise cinsiyetin memnuniyet üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır (Fang, Liu ve Fang, 2019; Bagarad, 2019; Atalay, 2019; Yuvaç, 2017; Öcel, 2016; Kayacan, 2015; Çelebi, 2015 ve Karaalp, 2014).

Yılmaz (2019), Yasin ve diğerleri (2017), Kayacan (2015), Bjertnaes, Sjetne ve Iversen (2012) ve Carlin ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmalarda, sosyo-demografik özelliklerden eğitim durumuna göre; eğitim seviyesi düşük hastaların eğitim seviyesi

yüksek hastalardan daha memnun oldukları bulunmuştur. Diğer bazı çalışmalarda ise eğitim seviyesine göre; hastaların memnuniyet seviyelerinde anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (Bagarad, 2019; Arpacı, 2019; Atalay, 2019; Yıldız, 2018; Abut, 2018 ve Karaalp, 2014).

Medeni duruma göre Öcel (2016) tarafından yapılan çalışmada, hastaların memnuniyet seviyelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise medeni duruma göre memnuniyet düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Bagarad, 2019; Abut, 2018; Polat, 2018 ve Çelebi, 2015).

Hasta Kabul ve Taburcu Süreci: Sağlık hizmetlerinde hasta kabul işlemleri birimi, hasta ve hasta yakınlarını karşılayan ilk birimdir. Bu nedenle bu birimde danışma ve yönlendirme hizmetleri sunulduğundan önem arz etmektedir. Hasta kabul süreci, hastalar tarafından alınmak istenen sağlık hizmetlerinin başlangıç noktası olması sebebiyle hasta tatminini etkileyen önemli unsurlardan birisidir. Hastalar sağlık hizmeti almak için hasta kayıt, yatış, taburculuk işlemlerinin hızlı yapılmasına önem göstermektedir (Yurtsever, 2015). Sağlık kurumuna gelen hastaların kayıt yaptırmak için bekleme sürelerinin kısa olması, alacağı sağlık hizmetlerinden memnuniyeti üzerinde olumlu yönde etkilemektedir (Pini vd., 2014).

Sağlık kurumuna girişte başlayan hizmet süreci en önemli sınavını karşılama kısmında verir. Hizmet alanlar kurum içinde yönlendirilme ihtiyaç duyabilirler. Hasta kabul sürecinde hizmetlerin sağlıklı yürütülmesi açısından hasta kabul personelinin dili, jest ve mimikleri ve davranışları gibi birçok faktör hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hastaların sağlık kurumundan hizmet alırken karşılaştıkları resmi işlemleri yerine getirmek için geçen süre de hasta memnuniyetini etkilemektedir. Doğası gereği tüm hastalar, almak istedikleri sağlık hizmetini en kısa zamanda almak istemektedirler. Sağlık kurumunda formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da artmaktadır (Günel, 2007). Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için bekleme salonlarındaki geçirilen sürenin uzunluğu memnuniyetsizlik kaynakları arasında gösterilmektedir (Kırmızı, 2010). Hasta kabul işlemi sırasında bireylerin uzun süre beklemesi memnuniyeti düşüren bir ekten olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalar sağlık kurumunda bekledikleri süre içinde hastalıklarının verdiği psikolojik durum sebebi ile diğer kurumlarda beklediğinden daha rahatsız hissederler. Hastaların bekleme odalarındaki konforlarının sağlanması, en kısa

sürede işlerinin yapılması ve bürokrasinin kısaltılması gerekmektedir (Akbaş, 2014). Son yıllarda geliştirilen elektronik ve teknolojik alt yapı sayesinde e-reçete ve e-rapor sistemine geçilmesi hastalar açısından bürokratik işlemlere yönelik zaman kaybını azaltmaktadır (Cengiz, 2014).

Sağlık hizmetlerinde taburculuk işlemleri hizmet alanların sağlık kuruluşundan aldığı tedavi hizmetinin son basamağını oluşturmaktadır. Sağlık kurumundan ayrılan hastalara yapması gerekenler ve ilaçları nasıl kullanması gerektiği konusunda sağlık personeli tarafından bilgi verilmesi, hastanın sağlık durumunun olumlu seyretmesi adına önemlidir (He ve Zhou, 2017). Bu bağlamda, hastalar ve doktorlar birbirlerini daha iyi anlamak için bilgilendirme sırasında kısaca bilgi alışverişinde bulunurlar. Bu durum kullanması gereken ilaçlarla ilgili önemli sağlık ayrıntıları hakkındaki başarısızlık veya yanlış anlaşılma nedenlerini ortadan kaldırmaya yardımcı olur (Gu ve Page-Jarrett, 2018).

Taburculuk hizmetleri hastaların, hastane personeli tarafından uygun görülen evde uygulanacak sağlık talimatlarını ve iyileşme sırasında ortaya çıkabilecek semptomları nasıl anlamaları gerektiğine yardımcı olma işlevi görmektedir. (CMS, 2017b). Sağlık kuruluşlarında hastaların taburcu olduktan sonra yapması gerekenler ile ilgili taburculuk talimatlarının yazılı olarak belirlenmiş olması önemlidir. Taburculuk talimatları genellikle hastalara ve hasta yakınlarına sözlü ve yazılı olarak sunulur. Başarılı taburculuk, personelin özverili çalışmasına, hastalar ve sağlayıcılar arasındaki açık iletişime ve bakım koordinasyonuna bağlıdır (Cloyd vd., 2015). Taburculuk talimatlarında iki soru ön plana çıkmaktadır (Health Services Advisory Group, 2017):

1. Bu hastanede hizmet aldığınız süre içinde sağlık personeli (doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli) hastaneden ayrılırken yardıma ihtiyacınız olup olmayacağınız konusunda size bilgi verdi mi?
2. Bu hastanede hizmet aldığınız süre içerisinde, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtilere veya sağlık sorunlarına dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı olarak bilgilendirildiniz mi?

Taburculuk prosedürlerinin doğru bir şekilde işletilmesi hizmet alan bireylerin aynı sağlık kuruluşundan tekrar hizmet alacağı öngörüsünde bulunmaktadır (Mitchell, 2015). Bir hasta yatarak sağlık hizmeti aldıktan sonra hastaneden ayrıldığında veya başka bir yere nakledildiğinde, başka bir yerde iyileşmeye devam etmek için tıbbi talimatlar alır

(Mitchell, 2015). Taburculuk talimatları genellikle hastalara ve bakıcılarına sözlü ve yazılı olarak verilir. Etkili taburculuk talimatları, sağlık hizmeti alanlar, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli arasındaki iyi iletişim veya iletişim eksikliğinden etkilenebilir. Başarılı taburculuk yeterli personele, hastalar ve sağlayıcılar arasındaki açık iletişime ve entegre bakım koordinasyonuna bağlıdır (Cloyd vd., 2015). Hastalar genellikle tanıları, ilaçlarıyla ilgili bilgileri ve taburculuk talimatlarını yanlış bir şekilde anlama eğilimindedirler (Makaryus ve Friedman, 2005). Tıbbi talimatlar konusunda bilinç eksikliği, hastanın tedavi planını tam iyileşme için takip etme yeteneğini etkiler. Genel olarak, hastaneden sağlık hizmeti olarak ayrılan hastalar için bir taburculuk özeti mevcuttur, ancak hasta bazlı optimal bakım hakkında gerekli bilgiler her zaman özette yer almaz (Robella vd., 2017).

Literatürde hasta kabul ve taburcu süreci ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalara aşağıda derlenmiştir.

Liu ve Fang (2019) tarafından Çin’de yapılan çalışmada hastaların büyük kısmının bekleme sürelerinin uzunluğundan dolayı memnuniyetsiz olduğu saptanmıştır. Elezi (2019) tarafından Arnavutluk Tiran’da hizmet veren kamu ve özel hastanelerde yapılan çalışmada, “Taburcu olduktan sonra sağlık personeli yardıma ihtiyaç duymanız halinde yapılacaklar hakkında bilgi verdi mi?” sorusuna, hastaların %62,6’sı evet cevabını vermişlerdir. “Taburcu olduktan sonra dikkat etmeniz gerekenler ve olabilecek septomlar ya da sorunlar hakkında yazılı bir şekilde bilgi aldınız mı?” sorusuna ise hastaların %62,3’ü hayır cevabını verirken “Taburcu olduktan sonra ilaçlarımın her birinin kullanım amacını net bir şekilde anladım” sorusuna hastaların %68’i kesinlikle katılmadığı bulgulanmıştır.

Fang, Liu ve Fang (2019) tarafından yapılan çalışmada, uzun bekleme sürelerinden dolayı hastaların memnuniyetinin düşük olduğu bulunmuştur. Özel Balkan Hastanesinde Arpacı (2019) tarafından yapılan çalışmada, yatan hastaların büyük bir kısmının hastane çıkışında taburculuk işlemleri hakkında tam bilgi verilmemesi konusunda memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Yasin ve diğerleri (2017) tarafından Malezya’da yapılan çalışmada da hastaların büyük bir kısmının taburculuğa hazırlık sürecinden memnun olmadıkları bulgulanmıştır. Fatima, Malik ve Sahhbir (2017) tarafından yapılan çalışmada; hastaların büyük çoğunluğunun hizmet almak için bekleme sürelerinin kısa

olmasından memnuniyet düzeyi yüksek iken aksine sağlık personelinin taburculuk sürecini yeteri kadar açıklamamalarından memnuniyet düzeyinin düşük olduğu bulgulanmıştır.

Öztürk (2016) tarafından İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde yapılan çalışmada, hastaların hasta kayıt-kabul işlemleri ile ilgili bekleme sürelerinden memnun oldukları fakat hastaların hizmet almak için bekleme sürelerinden memnun olmadıkları görülmüştür. Bakırköy Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerde Yurtsever'in (2015) gerçekleştirdiği çalışmada, hastaların %44'ünün çok beklemeden hizmet aldığı ve %53'ünün de doktoraların yazılan ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirmesinden memnuniyet duydukları ortaya çıkarılmıştır. Akgün (2005) tarafından yapılan çalışmada, hastaların sağlık hizmeti almak için bekleme süresinin uzaması, hasta memnuniyet düzeyini düşürdüğü ve ayrıca hastanın stres oranını yükselttiği bulunmuştur.

Shilling, Jenkins ve Followfield (2003) klinikteki uzun bekleyişlerin hasta memnuniyetini azalttığını ifade etmektedir. Öksüz (2010) gerçekleştirdiği çalışmada ayaktan hizmet alan hastaların genel memnuniyeti ile bekleme zamanı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yine bu araştırmada hasta kabul işlemleri ile yatan hastaların genel memnuniyeti arasında da pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Günal (2007) tarafından gerçekleştirilen çalışma ise bekleme süresinin kısaltılması ile hasta memnuniyetinin artacağı ve hastaların tekrar aynı hastaneyi tercih edeceği ortaya çıkarılmıştır Sarı'nın (2010) yaptığı çalışmada, hastanedeki işlemlerin vaat edilen sürede tamamlanmaması sebebi ile hastaların memnuniyetsiz olduğu bulunmuştur

Bankaoğlu'nun (2013) gerçekleştirdiği çalışmada, hasta memnuniyetsizliğinin hastaların bürokratik engellere takılmasından kaynaklandığı bulgusuna ulaşılmıştır. Antalya'da bir kamu hastanesinde Büyükkaraman (2014) tarafından yapılan çalışmada, kısa süreli tedavi gören hastaların memnun olduğu uzun süreli tedavi gören hastaların ise memnuniyetsiz olduğu bulunmuştur Akbaş'ın (2014) Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesinde yaptığı çalışmada, hizmet alan hastaların randevu saati ile muayene olma saati arasındaki bekleme süresinden memnuniyet duydukları görülmüştür. Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yüksel (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, hastaların %69'unun bekleme sürelerinden memnun oldukları bulunmuştur

Tanı ve Tedavi Süreci: Hastanın, tanı ve tedavi sürecindeki beklentileri, hasta için bir memnuniyet standardı oluşturmaktadır (Powers ve Bendall, 2003). Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerin başında görevleri nedeniyle hekim-hasta ilişkisi gelmektedir. Bu nedenle sağlıklı bir teşhis ve tedavi süreci için hekimlere büyük görev düşmektedir. Bu bağlamda hasta-hekim arasındaki sosyal ilişkiler uygulanan tedavilerin başarı şansını artırmaktadır. Doktorun hastasına karşı sorumlulukları arasında sadece tıbbi bakım uygulamak değil aynı zamanda hastaya moral ve motivasyon yolu ile psikolojik destek vermesi de bulunmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2018). Hastaların birçoğunun sağlık hizmeti konusundaki algıları hekimler üzerine odaklanmaktadır. Çünkü hastaların hekimle olan ilişkisi, sağlık hizmeti alım sürecinde yaşadığı en anlamlı ilişkidir. Ünal ve diğerleri (2008) yaptıkları çalışmada, hastaların hastanelerde en çok memnuniyet duydukları sağlık personelinin doktorlar olduğu ortaya çıkmıştır. Hekimlerin kişilerarası iletişim becerisi, hasta memnuniyetini etkileyen temel faktörlerin başında gelmektedir. Hastalar, doktorları değerlendirirken iki temel noktaya odaklanmaktadır. Bunların birincisi, tıbbi bakımın diğer bir ifade ile tedavinin teknolojik ve yeterlilik yönü, ikincisi ise doktorun hastaya karşı tutum ve davranışı ile iletişim yeteneğidir. Hastalar, hekimlerin verdikleri sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirirken, hekimin bilgisinden ziyade dinleme, anlayışlı olma, yeterli vakit ayırma, merhamet ve şefkat gösterme gibi tutum ve davranışlarını ön planda tutmaktadırlar (Kavuncubaşı, 2000). Doktorların hastalarıyla ilişkilerinde onların fikirlerini dikkate almaları ve tatmin düzeylerini artırabilecek bir yaklaşım içinde olmaları memnuniyeti etkileyen durumların başında gelmektedir (Söylemez vd., 2009).

Sağlık hizmeti sunumunda geliştirmesi gereken önemli ilişkilerden biri de hasta ile doktor arasındaki ilişkidir. Hasta-hekim ilişkisinin kuvvetli olması ve doktorun hastalara tedavi süreci ile ilgili yeterli bilgi vermesi hasta memnuniyetini artırmaktadır (Farzianpour, Byravan ve Amirian, 2015; Bonenberger, Akweongo ve Wyss, 2014). Doktor davranışı, hasta memnuniyetini yükseltmenin yanında, verilen sağlık hizmetinin etkililiğini de arttırmaktadır. Hasta ve doktor arasında etkili ve sağlıklı bir ilişki yürütülmesi halinde hastalar, doktorların öneri ve tavsiyelerini yerine getirmeye istekli olup tedavilerine ara vermemektedirler (Kavuncubaşı, 2000).

İnsanların iç dünyalarında yaşadıkları durumlar, yakın çevresinde ve etrafında gelişen olaylar ve yetiştiği toplumsal yapı, iletişim becerilerini şekillendirir ve dolayısıyla

doktorlarla kurdukları ilişkileri de etkilemektedir (Kan, 2014). Özlü (2012), “Doktor-hasta ilişkisinde güç dengesinin doktor lehine olduğunu” belirtmiştir. Bu duruma istinaden hasta ile doktor arasında kapanması güç olan bir bilgi asimetrisi vardır. Bu asimetri “Hastanın bilgisi olmayan, öngöremediği ölçüp değerlendiremediği bir konuda yaşamsal önemi olan, vazgeçilemeyen, ertelenemeyen, ikame edilemeyen ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olmasının hekim karşısında çaresiz kıldığını belirtmektedir.” şeklinde ifade edilmiştir (Özlü, 2012). Bu şekildeki hastalarla karşılaşan doktorların, hastanın tıbbi ihtiyacını karşılayanın yanında rahatlamasını da sağlaması gerekmektedir. Bu sayede etkili bir iletişim gerçekleşeceğinden hasta memnuniyeti de artacaktır. Çelik (2013) tarafından yapılan çalışmanın bulguları, tedavi sürecinde sağlık personeline ulaşma kolaylığından memnuniyet oranının %82,1 ve sağlık personelinin hastaları kontrol etme sıklığından memnuniyet oranının %77,4 olduğunu göstermiştir.

Doktor ile hasta arasında güven ortamının sağlanması ve hastaların rahat bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, hastaların aldığı sağlık hizmetlerinin yeterli ve doğru olduğuna inanmasına katkı sağlamaktadır. Değer verildiğini gören ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar, sağlık hizmeti aldığı sağlık personellerine daha çok güven duymakta ve almış oldukları tedaviden memnun kalmaktadırlar (Bankaoğlu, 2013). Hastalara değer verildiğinin hissettirilmesi tanı ve tedavi sürecinin doğru bir şekilde yürütmesine yardımcı olmaktadır. Güven duygusunun sağlanmasında en etkili faktörlerin başında ise sağlık personeli ile doğru iletişim ve mahremiyete gösterilen özen gelmektedir. Hizmet sunumunun bütün aşamalarında hastalarla yakın ilişki içinde bulunan sağlık personeli, hastaların sağlık kurumuna bakış açısı ve aldığı hizmetlerden memnuniyeti üzerinde oldukça etkili olmaktadır (Taşlıyan ve Gök 2012).

Mahremiyet, hastanın kişiliğini ilgilendiren her türlü bilginin saklı kalmasıdır. Bu durum hastanın doğal hakkıdır. Mahremiyete gösterilen özenin doğal sonucunda güven duygusu gelişmektedir. Mahremiyetine saygı duyulduğu konusunda sağlık personeline güvenen hastalar, bu durumunun sonucunda psikolojik iyi olma hali ile aldığı tedaviden memnun kalmakta ve memnuniyet düzeyleri artmaktadır (Işık, 2014). Mahremiyetine özen gösterilmediğini ve kendini güvende hissetmediğini düşünen hastalar ise tekrar aynı sağlık kurumunu tercih etmeme eğilimindedir (Karadağ, 2007).

Literatürde tanı ve tedavi süreci ile ilgili birçok çalışma (Gök ve Burçkin, 2020; Aslan,

2020; Arpacı, 2019; Mammadov ve Gasanov, 2017; Öztürk, 2016; Ekinci, 2015; Yurtsever, 2015; Yüksel, 2015; Karaalp, 2014; Akbaş, 2014; Kan, 2014; Andrade vd., 2012; Ünalın vd., 2008 ve Lee, 2011) yapılmıştır. Bu çalışmaların bulguları aşağıda derlenmiştir.

Gök ve Burçkin (2020) tarafından İstanbul'da bulunan kamu ve özel hastanelerde 820 katılımcı ile yapılan çalışmada, hastaların %82'si sağlık personelinin hastalara yeteri kadar zamanı ayırmadığını ve %72'si tanı ve tedaviye güvenin önemli olduğunu ifade etmiştir. Diyarbakır ilinde hizmet veren özel bir sağlık kurumunda Aslan (2020) tarafından yapılan çalışmada, sağlık personelinin kişisel mahremiyete özen göstermesinden ve doktorların tedavi sürecinde yeterli zaman ayırmasından dolayı hastaların büyük bir kısmının memnun olduğu bulgulanmıştır. Araz (2019) tarafından yapılan çalışmada, hastaların büyük çoğunluğu mahremiyete gösterilen özenden memnun olduğu bulunmuştur. Arpacı (2019) tarafından Özel Balkan Hastanesi'nin acil servisinde ve yatan hasta servislerinde, hasta sağlığına etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmada, hastaların büyük bir kısmının hastane personellerinin kişisel mahremiyete özen gösterilmesinden memnun olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyetin etkisini inceleyen Mammadov ve Gasanov (2017), hastaların büyük çoğunluğunun sağlık personeli tarafından mahremiyet gösterilen özenden memnun olduğunu belirlemiştir. Öztürk'ün (2016) İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada, hastaların doktorun tedavi için ayırdığı zamanın yeterli olduğundan memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. İstanbul Anadolu yakası Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı bazı eğitim ve araştırma hastanelerinde Ekinci (2015) tarafından yapılan çalışmada ise sağlık personelinin kişisel mahremiyete verdiği değerden hastaların memnuniyetsiz oldukları bulgulanmıştır. Yurtsever'in (2015) Karabük Devlet Hastanesi'nde yaptığı çalışmada, hastaların tedavi süresince mahremiyetlerine dikkat edilmesinden duyulan memnuniyet %57 ve hastaların %48'i doktorların tedavi için ayırdığı sürenin yeterli olmasından memnun oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Yüksel (2015) tarafından Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde hastaların algılarını değerlendirmek üzere yapılan çalışmada, hastaların %89'u doktorların tedavi için yeterli zaman ayırmasından, hastaların %79'u doktorun gösterdiği ilgi ve özenden ve hastaların %81'i bütün sağlık personelinin mahremiyete gösterdiği önemden memnun oldukları bulgusuna ulaşılmıştır.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Diş Hekimliği Bilimleri Merkez Başkanlığı'nda Karaalp (2014) tarafından yapılan çalışmada da benzer bir şekilde hastaların %61'i mahremiyete gösterilen özenden memnun oldukları belirlenmiştir. Akbaş (2014) tarafından Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada hastaların %79'unun, doktorların zamanında tanı ve tedavi sürecine başlamasından, %72'si doktorların tedavi ile ilgili yeterli zaman ayırmasından ve hastaların %81'inin mahremiyetlerine dikkat edilmesinden memnun olduklarını ifade ettiği görülmüştür. Alanya'da ise sağlık hizmeti alan hastaların %47'sinin tedavi sürecinde bekleme s relerin uzunluğundan memnuniyetsiz olduğu ifade edilmektedir (Kan, 2014). Andrade ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada, sağlık hizmetlerinde hasta ile sağlık personeli ilişkilerini oluşturan boyutların geneli ile mahremiyet arasında orta yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.  nalın ve diğerleri'nin (2008) Kayseri Devlet Hastanesi'nde yaptığı çalışmada, hasta grubunun %53.8'i hastanede hasta mahremiyetine dikkat edildiğini düşündüklerini ifade etmiştir.

İnsan Kaynakları Süreci: Hizmet sektörlerinden birisi olan sağlık sektörünün sermayesi, insandır. Bu sebeple hastaların doktor, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile etkileşim içinde olması doğaldır. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin önemli unsurlarından birisi de sağlık personelidir. Sağlık hizmetleri bir ekip işidir. Sağlık alışanları da hastaya sunulan hizmetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayan ekiptir. Hastalar, alanında yetkin ve uzmanlık becerisi yüksek olan doktorlardan hizmet almayı tercih etmektedir. Bunun sebebi ise kendilerini güvende hissetme duygusundan kaynaklanmaktadır. Alacağı sağlık hizmeti konusunda yeterince bilgilendirilen hastalar kendini güvende hisseder ve dolayısıyla sağlık hizmetlerden memnuniyetleri artar (Karadağ, 2007).

Hemşirelerin hastalar ile iletişimi, verilen sağlık hizmetlerini ve bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu sebeple hemşirelerin hastalar ile olan ilişkileri ve hasta tutumları konusundaki davranışlarına  zen göstermeleri gerekmektedir (Ekinci, 2015). Hastalar, günün büyük bir bölümünde hastalara hizmet veren hemşireleri doktorlara oranla kendilerine daha yakın hissetmektedirler. Hastalar, çekindikleri birçok konudaki soru ya da sorunlarını hemşirelere kolaylıkla dile getirebilmektedirler. Dolayısıyla hemşirelerin hastalar ile olan iletişimi büyük önem arz etmektedir. Hemşirelerin sundukları sağlık hizmetlerindeki hasta memnuniyeti, sağlık kurumundaki diğer

hizmetlerden memnuniyeti de etkileyebilmektedir (Akbaşı, 2014). Çelik (2013)'in yaptığı çalışmada, hemşireler tarafından hastaya verilen sağlık hizmetinin hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu bulunmuştur

Sağlık çalışanları tarafından hastalara gösterilen nezaket, ilgi ve anlayış ile sağlık hizmeti sunma biçimi hastaların kendisini rahat hissetmesinde etkili olmaktadır. Sağlık çalışanlarının, hastaların duygularını anlayabilmesi ve onları cesaretlendirebilmesi için kendilerini hastaların yerine koymaları gerekmektedir (Aksakal ve Bilgili, 2008). Diğer taraftan dış görünüşleri (giyim ve temizlik) düzgün olan sağlık personeli, hastaların sağlık kurumunda rahat hissetmesini sağlamaktadır.

Literatürde insan kaynakları süreci ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar aşağıda derlenmiştir.

Aslan (2020) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hastalara karşı kibar ve saygılı davranışlarından ve hastane personelinin temiz ve şık giyinmesinden hastaların çoğunluğunun memnun olduğu bulgulanmıştır. Elezi (2019) tarafından Arnavutluk Tiran'da hizmet veren kamu ve özel hastanelerde yapılan çalışmada, hastaların, hemşirelerin nazik ve saygılı davranışlarından duydukları memnuniyet oranı %83,5 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada hastaların doktorların nazik ve saygılı davranışlarından duydukları memnuniyet oranı %80,3 olarak ortaya çıkmıştır. Araz (2019) tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin ilgi ve nezaketli davranışları hastaların büyük çoğunluğunun memnun eden bir durum olarak ortaya çıkmıştır. Atay (2019) tarafından Adana ilinde faaliyet yürüten hastanelerde yaptığı araştırmada, hastaların doktorların kibar davranışlarından memnuniyet oranı %85 olarak bulunmuştur. Yılmaz (2019) tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde yapılan çalışmada, hastaların hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerinden duyduğu memnuniyet düzeyi %92,5 olarak saptanırken hastaların doktorların tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerinden duyduğu memnuniyet düzeyi %91,7 olarak bulunmuştur. Özel Balkan Hastanesi acil serviste ve yatan hasta servislerinde hasta sağlığına etki eden faktörlerin araştırıldığı Arpacı'nın (2019) çalışmasında, hastaların büyük bir kısmının hastalığı ile ilgili ihtiyaç duyduğu durumlarda sağlık personeline ulaşabilme konusunda memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Peršolja (2018) tarafından Slovenya'da yapılan çalışmada, hastaların büyük bir kısmı, aldıkları hemşirelik

bakımından memnun olduklarını belirtmişlerdir. Mammadov ve Gasanov (2017) tarafından yapılan çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun doktor ve hemşirelerin güler yüzlü davranışlarından memnun olduğu bulunmuştur. Fatima, Malik ve Sahhbir, (2017) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların büyük bir kısmı personelin nezaketli davranmamasından ve sağlık personelinin istek ve sorunlarını yeterince dinlememesinden memnuniyetsiz oldukları bulgulanmıştır. Sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemek amacıyla Öcel (2016) tarafından yapılan çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun doktorların alanı ile ilgili uzmanlık bilgisine sahip olduğu algısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Kayacan'ın (2015) yaptığı çalışmada ise poliklinik hastalarının özellikle hastane çalışanlarının temiz ve düzgün görünüşlü olmasından, hastane çalışanlarının kendilerine karşı kibar ve nazik olmalarından ve yine hastane çalışanlarının hastaların ihtiyaç ve isteklerini anlamaya yönelik heveslerinden memnun oldukları bulgusuna ulaşılmıştır. Alanya'da hizmet veren özel ve kamu kurumlarından hizmet alan yerleşik yaşayan turistlerin sağlık hizmetlerine bakış açılarını ve memnuniyetlerini değerlendirmek için Kan (2014) tarafından yapılan çalışmanın bulgularında, hastaların %96'sının doktorların tıbbi bilgi ve becerisinden, %77'sinin gösterilen nezaket ve güler yüzden memnun oldukları fakat hastaların %52'sinin hemşirelerin tıbbi bilgi ve becerisinden memnun olmadıklarına rastlanmıştır. Angelova ve Zekiri'nin (2011) yaptığı çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun özellikle kendilerine gösterilen ilgiden memnuniyet duyduklarını ifade etmişlerdir. Danielsen ve diğerleri (2007) tarafından yapılan çalışmada hasta memnuniyetini en çok etkileyen faktörün doktor ve hemşire bakımının olduğu bulunmuştur. Tükel ve diğerleri (2004) 650 hasta üzerinde yaptığı memnuniyet araştırmasına göre hastaların çoğunlukla hastane çalışanlarının kendilerine yaklaşım biçimlerinden memnun olduklarını bulunmuştur. Bakır'ın (2006) 100 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların; hastane çalışanlarının hastalara karşı ilgili ve yardımsever olmalarından memnun oldukları görülmüştür. Narlı'nın (2009) yaptığı çalışmada hastaların; genel olarak sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinden, doktorların hekimlik bilgi ve becerilerinin iyi olmasından, hastane çalışanlarının hastalara karşı davranışlarından memnun kaldıkları ortaya çıkmıştır. Taşlıyan ve Akyüz'ün (2010) 300 hasta üzerinde yaptığı memnuniyet araştırmasına göre hastaların, hastane çalışanlarının kendilerine karşı olan yaklaşım ve nezaketinden memnun oldukları görülmüştür. Zaim ve Tarım'ın (2010) hasta

memnuniyeti üzerine yaptığı bir çalışmada da hastaların hastane çalışanları tarafından gösterilen nezaket ve güzel muameleden, doktorların sabırlı ve yardımsever olmalarından memnun oldukları ortaya çıkmıştır.

İletişim Süreci: Sağlık hizmeti alan hastaların tedavilerinin düzgün bir şekilde yürütülmesi için iletişim oldukça önemli bir unsurdur. Abolfotouh ve diğerleri (2017) ve Wung, Peter ve Atashili, (2016) yaptıkları çalışmalarla, iletişimin önemini ortaya koyarak iletişim kalitesinin ve kişilerarası iletişimin hasta memnuniyeti için anahtar gösterge olduğunu ortaya koymuşlardır. Sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iletişimin kuvveti yürütülen sağlık hizmetleri ile doğru orantılıdır. Bu nedenle, hasta memnuniyeti üzerinde etkili olan boyutlar arasında iletişim süreci de yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunumunda hastalar ile sağlıklı iletişim kurmaları, sağlık kurumuna bakış açısını ve hasta memnuniyetini etkilemektedir (Bankaoğlu, 2013). Hastalar, sağlık personellerinden beklentileri doğrultusunda iletişim kurmalarını istemektedirler (Ateş, 2012). Bu nedenle Sağlık çalışanları, hastanın anlayacağı şekilde açık ve anlaşılır bir iletişim kurmalıdır. Andaleeb'in (1998) yaptığı çalışmada, hastalar tarafından kaliteli bir iletişim algısının memnuniyet düzeyini yükselteceği yönünde bir sonuç elde edilmiştir.

Temel hasta haklarından birisi olan bilgilendirme, hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktördür. Hastalar, hastalığı konusunda anlayacağı şekilde bilgi almak isterler. Hastalar, sağlık sorunları ile ilgili endişeli olabildiklerinden tedavi süreci ve nasıl bir tedavi uygulanacağı konusunu merak ederler. Dolayısıyla hastaların doktor ile kurduğu iletişim tedavi sürecinin gidişatı adına da oldukça önemlidir. Hastalığı konusunda doktorundan yeterli bilgi alan hasta, hastalığı ile ilgili uygulanan tedaviye güvenme eğilimdedir. Aldığı tedavi süreci ile ilgili yeterli bilgilendirilen hastanın huzursuzluk ve gerginliği azalacaktır. Hasta ile doktor arasındaki iletişimin kuvvetli olduğu durumlarda, hastaların doktor tavsiyelerine uydukları ve yapılan tıbbi müdahalelere olumlu yönde yaklaştıkları saptanmıştır (Kısa ve Tokgöz, 2007). Hastalar doktorun tıbbi bilgisinin önemli olduğunu fakat doktorlar tarafından hastalık süreci ile ilgili verilen bilgilerin ve iletişimin yadsınamaz olduğuna dikkat çekmektedirler (Öcel, 2016). Bu nedenle doktorlar, hastalarına hastalık süreci ile ilgili tıbbi terimleri içermeyen, sade, açık ve anlayacağı şekilde bilgi vermelidirler (Çakır, 2015). Çünkü hasta, hizmet aldığı sağlık kurumun hizmetinden memnuniyetsiz olsa bile doktoru için o kurumu tercih edebilmektedir (Işık, 2011).

Hemşirelerin hastalar ile iletişimi, verilen sağlık hizmetlerini ve bakımın kalitesini de etkilemektedir. Bu nedenle, hemşirelerin anlaşılır ve sade bir dil kullanarak hastalar ile iletişime geçmesi gerekmektedir. Hastalar ve yakınları tedavi sürecinde doktorlardan ziyade hemşireleri kendine yakın hissettiğinden daha çok hemşire ile iletişime geçerek bütün şikâyetlerini ve sorularını rahatlıkla hemşirelere sorabilmektedir. (Kaya, 2005). Ayrıca alınan sağlık hizmetinin ve tedavinin kalitesinin, hemşirelerin hastalara yaklaşımı ile doğru orantılı olduğu da aşıkardır. Hemşirelerin bakım planı konusunda hastalara bilgi aktarımı önem arz ettiğinden, açık ve yalın bir dil ile iletişime geçmesi hastaların tedirginliğini gidermektedir. Bu sayede hastaların tedavi sürecinin verimli geçmesi, sağlığına kavuşması ve sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyetin artmasına zemin hazırlamaktadır.

Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden birisinin iletişim süreci ve hastayı süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme olduğu (Aslan, 2020; Arpacı, 2019; Elezi, 2019; Liu ve Fang, 2019; Atay, 2019; Araz, 2019; Mammadov ve Gasanov, 2017; Fatima, Malik ve Shabbir, 2017; Öztürk, 2016; Yüksel, 2015; Yurtsever, 2015) ifade edilmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar aşağıda sıralanmaktadır.

Aslan (2020) tarafından yapılan çalışmada, doktorların hastalık ve tedavisi konusunda yeterli bilgi vermesinden hastaların çoğunluğunun memnun olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Arpacı (2019) tarafından Özel Balkan Hastanesi acil serviste ve yatan hasta servislerinde hasta sağlığına etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmada hastaların büyük bir kısmının doktorların tedavi ile ilgili detaylı bilgi vermemesi nedeniyle memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu fakat hastaların büyük bir kısmının hemşirelerin bakım planı ile ilgili verdiği bilgilerden memnun oldukları sonucunu ortaya koymuştur. Elezi (2019) tarafından yapılan çalışmada, hastaların %76,4'ü hemşirelerin kendilerini dikkatli dinlediğini, %66,7'si hemşirelerin yapılan işlemleri hastaların anlayacağı şekilde açıkladığını, %73,8'i doktorların kendilerini dikkatli dinlediğini ve %66,1'i doktorların yapılan işlemleri hastaların anlayacağı şekilde açıkladığı belirlenmiştir. Liu ve Fang (2019) tarafından Çin'de yapılan çalışmada; hastaların çoğunluğunun sağlık personelinin iletişiminin zayıf olmasından memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır. Atay (2019) tarafından yapılan çalışmada, doktorun tedavi süreci ile ilgili yeterince açıklama yapmasından hastaların duyduğu memnuniyet oranı %76,6 iken doktorun tedavi süreci ile ilgili endişelerini dikkate almasından hastaların memnuniyet oranı %73,6 olarak

belirlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca doktorun kendimi rahat hissetmemi sağladığı durumundan hastaların memnuniyet oranı %73,3, hemşirelerin kendilerine yardımcı olmaya çalışması durumundan hastaların memnuniyet oranı %71,8 ve hemşirelerin yakından ilgilenmeleri durumundan hastaların memnuniyet oranının %66,2 olarak bulunmuştur. Araz (2019) tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin teşhis ve tedavi konusunda bilgilendirmesi konusunda hastaların büyük çoğunluğunun memnun olduğu görülmüştür. Mammadov ve Gasanov (2017) tarafından yapılan çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun sağlık personelinin kendileri ile olan iletişiminden memnun olduğu bulgulanmıştır. Fatima, Malik ve Shabbir'in (2017) Pakistan'da yaptığı çalışmada, hastaların büyük bir kısmının doktorların sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi vermesinden memnun oldukları bulgusuna ulaşılmıştır. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde Öztürk'ün (2016) yaptığı çalışmada da hastaların çoğunluğunun tedavi ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldığı konusunda memnuniyet oranlarının yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde hastaların algılarını değerlendirmek üzere Yüksel (2015) tarafından yapılan çalışmada, hastaların %90'ı doktorlara sorduğu sorulara açık ve anlaşılır cevaplar aldığı, %81'i hastalığı ile ilgili önemli düşündüğü sorularına doktorların anlayabileceği cevaplar verdiği ve hastaların %83'ünün hemşirelerin uyguladığı bakım planının anlaşılır olmasından memnun oldukları belirlenmiştir. İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde Yurtsever (2015) tarafından yapılan çalışmada da hastaların %53'ü doktora hastalığı ile ilgili soru sorarken kendini rahat hissettiğini, sorulan sorulara doktorun anlaşılır cevap verdiğini, %54'ü doktorun teşhis ve tedavi süreci ile ilgili açıklama yaptığını ve %58'i yapılan tedavi hakkında bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde Akbaş (2014) tarafından yapılan çalışmada, hastalar ve yakınları sağlık personeli ile etkili iletişim kurma düzeyinden memnuniyet oranını %68 ve hemşirelerin kendilerine karşı iletişimi ve yaklaşımı konusunda memnuniyet oranını %78 olarak belirlemişlerdir.

Destek Hizmetleri Süreci: Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerden bir diğeri de destek hizmetleri sürecini oluşturan hastanenin fiziksel imkanlardır. Sağlık kurumunun fiziksel imkanlarının sağlık hizmeti ortamlarında hasta deneyimini şekillendirmede rol oynadığını göstermektedir (Alkazemi vd., 2019). Hastane yönetiminin, halkın güveni, iyi hastane imajı ve hasta memnuniyeti için yeterli tıbbi ekipmana ve becerikli personele

sahip olması gerekmektedir. Bu sayede hastaya daha iyi bir iyileşme ortamı sağlanarak hasta sağlığının iyileştirilmesi mümkün olmaktadır (Hussain, vd., 2019). Yetenekli ve bilgili sağlık profesyonellerinin, gelişmiş tıbbi ekipman ve teknolojinin hasta tedavisi ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (Hau vd., 2016; Lee, Lee ve Schniederjans, 2011 ve Lee, Lee ve Kang, 2012). Fiziksel ortamın hasta memnuniyetini potansiyel olarak etkilediği de ifade edilmektedir (Batbaatar vd., 2017). Hastalar sağlık kurumunun dış görünüşüne, birimlerin fiziksel özelliklerine, konumuna ve personelin görünümüne dikkat etmektedirler (Wu vd., 2016). Hizmet almak için sağlık kurumunu giden hastalar; kayıt olmak, hizmet alacağı birime ulaşmak ve tedavi olmak için hastanede uzun vakit geçirmektedirler. Bu süre içerisinde hastanenin fiziksel ve çevresel imkanları (aydınlatma, temizlik, ısı, bekleme odaları, gürültü, koridorlar, dış görünüm, yönlendirme levhaları vs.) hastaların memnuniyetinin oluşmasında önemli faktörler olarak görülmektedir (Göktaş ve Uydacı, 2018; Devlin ve Andrade, 2017; MacAllister, Zimring ve Ryherd, 2016; Berkowitz, 2016; Siddiqui vd., 2015 ve Akbaş, 2014; Hagerman vd., 2005). Hastaların fiziksel olarak konforlu, huzurlu ve kendini güvende hissedebileceği bir sağlık kurumunda hizmet almak istemesi doğal bir haktır (Asıgbulmuş, 2016). Bekleme salonlarının yeterince büyük olması, koltukların konforlu olması, hijyenik olması ve ortamın yeterince aydınlatılmış ve temiz olması durumunda hastaların sağlık kurumuna karşı olumlu bakış açısı geliştirdiği düşünülmektedir (Tanyeri ve Ofluoğlu, 2012). Hastalar hizmet aldıkları sağlık kurumunu değerlendirirken, bekleme alanlarının yetersizliği, yönlendirme levhalarının yetersizliği, aydınlatmanın zayıf olması ve hizmet alacağı birimlerin birbirine uzak olması durumlarını dikkate almaktadırlar. Bu nedenle hastaların hizmet aldığı hasta odasının konforuna, temizliğine, aydınlatmasına, ısisına ve gürültü durumuna göre memnuniyetleri değişmektedir. Hasta odasındaki gürültünün azaltılması, hasta memnuniyetinin artırılması açısından önem arz etmektedir. (Hagerman vd., 2005). Sağlık kurumunun fiziksel ve çevresel imkanlarından memnun olan hastalar, kendini hem fiziksel hem de ruhsal açıdan rahat hissederler. Bu rahatlama hissi, aldığı tedavi hizmetlerindeki tatmin derecesini olumlu etkileyen bir durumdur.

Sağlık kurumu, hastalıkların tedavi ortamı olmasına rağmen diğer taraftan da hastalıkların bulaşma olasılığını bünyesinde barındıran bir ortamdır. Bu sebeple hastalar sağlık kurumunda kaldıkları sürece ortamdaki hastalık bulaşacağı konusunda endişelenmektedirler (Mosadeghrad, 2013). Çünkü sağlık kurumları çok fazla insan

hareketliliğinin olduğu ortamlar olduğundan birçok bakteri ve virüsü bünyesinde barındırmaktadır (Karaalp, 2014). Sağlığına kavuşmak isteyen hastalar, temiz olmayan hastane ortamlarında hizmet almak istemeyebilmektedir. Böyle ortamların hastaların olumsuz memnuniyet algıları oluşturmalarına sebep olduğu düşünülmektedir. Hijyenik ve mikrop­lardan arındırılmış bir ortam sağlanması ise hastaların sağlığını riske atmamak adına önemlidir. Yatarak tedavi hizmeti alan hastalar hasta odasının temizliğine ve konforuna özellikle dikkat etmektedirler. Çünkü hastalar, hastane ortamını ve aldığı tedavi hizmetlerini değerlendirirken temizlik ve hijyen konusunda titiz davranmaktadırlar.

Günümüz şartlarında sağlık kurumları daha karmaşık bir yapı olarak inşa edilmektedir. Bu durum hastaların hizmet alacağı birimlere ulaşmasını da zorlaştırmaktadır. Hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer konu ise yönlendirme ve ulaşılabilirliktir. Sağlık kurumuna gelen hastalar, hizmet alacakları birime en kısa sürede ulaşmak isterler. Bunun için hastaların birimlere ulaşmasını sağlayacak açık, anlaşılır ve yeterli sayıda yönlendirme levhasının bulunması gerekmektedir. Kolayca anlaşılabilen ve yeterince aydınlatılmış yönlendirme levhaları hastaların gitmek istedikleri birime ulaşmalarını kolaylaştırmaktadır. (Rooke, Koskela ve Tzortzopoulos, 2010). Bu imkanların sağlanmasının hastaların memnuniyet algılarını olumlu yönde arttırdığı düşünülmektedir (Karaalp, 2014 ve Günal, 2007).

Yemek ve beslenme hizmetleri hasta memnuniyetini etkileyen önemli konulardan birisidir. Hasta memnuniyetinin oluşmasında yiyecek hizmetlerinin katkısı büyüktür (Akbaş, 2014). Hastaların memnuniyet seviyelerini, sadece yemeğin lezzeti değil aynı zamanda yemek ve servis personelinin temizliği, kibar ve yardımsever olması, yemeklerin sunuluş biçimi, yemeklerin miktarı ve yemek çeşitliliği de etkilemektedir (El-Sherbiny, Ibrahim ve Hewedi, 2017; Aminuddin, Vijayakumaran ve Razak, 2018; Yüksel, 2015).

Hastalar diyet olarak hazırlanan yemeklerin lezzetini çok fazla beğenmemektedirler. İyileşmek için hastaların tıbbi malzeme ve tedavilere ilave olarak dengeli bir diyetle ihtiyacı olduğundan hastane ortamlarında yemek servisi önemli bir konu haline gelmiştir. Hastanelerde temiz ve sağlıklı yiyecekler hastaları yemek yemeye teşvik ederek iyileşmelerine yardımcı olur. Buna bağlı olarak da yaşam standartlarını yükseltir

(Fatemeh vd., 2014).

Sağlık kurumunda servis edilen yemek, hastanın sağlık koşullarına göre düzenlenmiş sağlıklı ve besleyici bir öğündür (Aminuddin, Vijayakumaran ve Razak, 2018). Hasta memnuniyetini belirlemek, sağlık kurumunda sunulan yemek hizmetleri ile hizmet kalitesini ölçmenin bir yoludur. Yemek servisi kalitesi, genel hasta memnuniyeti ile anlamlı şekilde ilişkili olduğundan birçok sağlık kurumu, hasta memnuniyetini yükseltmek amacıyla daha hasta odaklı yemek servisi dağıtımını benimsemektedir (El-Sherbiny, Ibrahim ve Hewedi, 2017). Hastaların yiyecek hizmetlerinden memnuniyeti, bir hastanenin yiyecek servisi sisteminin kalitesinin bir göstergesidir. Beslenme hizmetine ilişkin değerlendirme boyutlarının, hastanın sosyo-demografik durumu, hastalığın durumu, tıbbi tedavisi ve geçmiş tecrübeleri ile de ilişkili olduğu bilinmektedir (Gülmez, 2005).

Tıbbi ekipman, sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynar. Aynı zamanda tıbbi ekipman hasta memnuniyeti ile ilişkilidir (Hussain vd., 2019). Sağlık kurumunda yer alan her bir teçhizat ve ekipmanın hastanın yaşam kalitesini artırmaya, fiziksel durumunu izlemeye ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerinin arttırmaya imkân sağladığından önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 2030 (WHO, 2015) kapsamında her bireye kaliteli sağlık tesisleri sağlama hedefine odaklanmaktadır. Szyca ve diğerleri (2012), tıbbi ekipmanın hasta memnuniyetiyle bağlantılı önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, kamu hastanelerinin ayakta tedavi bölümlerindeki tıbbi ekipman koşulları, verimliliği, standartları ve hizmet sağlama konusundaki fiili çabaları önemli unsurlardır.

Literatürde destek hizmetleri süreci ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (Asamrew, Endris ve Tadesse, 2020; Aslan, 2020; Arpacı, 2019; Elezi, 2019; Önder, 2019; Yılmaz, 2019; Atay, 2019; Karagöz, 2019). Bu çalışmalar aşağıda derlenmiştir.

Etiyopya’da Black Lion Hastanesinde Asamrew, Endris ve Tadesse (2020) tarafından yapılan araştırmada hastaların, odaların ve tuvaletlerin temizliğinden memnun olmadığı bulunmuştur. Aslan (2020) tarafından yapılan çalışmada, hastaların büyük bir kısmının yönlendirme tabelalarının yeterli olmasından memnun oldukları bulgulanmıştır. Arpacı (2019) tarafından Özel Balkan Hastanesi’nde yapılan çalışmada, hastaların büyük bir kısmının oda ve çevresinde ses olmasından, yemeklerin sıcak olmamasından, hasta

odasında bulunan eşyaların bozuk olmasından ve tuvaletlerin temiz olmamasından memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır. Elezi (2019) tarafından yapılan çalışmada, hastaların hizmet aldığı oda ve tuvaletlerin temizliğinden memnuniyet düzeyleri %70,6, oda çevresinin sakinliğinden duyulan memnuniyet düzeyleri %60,6 olarak belirlenmiştir. Önder (2019) tarafından Yozgat Şehir Hastanesi'nde yapılan çalışmada, poliklinik ortamının temizliğinden ve ferahlığından, hastane bünyesinde modern tıbbi teçhizat bulunmasından hastaların memnuniyet oranı genel olarak yüksek olarak bulunmuştur. Yılmaz (2019) tarafından yapılan çalışmada, hastaların %65,1'i hastanenin yemek hizmetlerinden, %64,2'si kliniğin yeterince sessiz ve huzurlu olmasından ve hastaların %58,6'sı klinikteki tuvalet ve banyoların temizliğinin yeterli olmasından memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Atay (2019) tarafından Adana ilinde faaliyet yürüten hastanelerde yapılan araştırmada, hastane teçhizatlarının modern ve kaliteli olması durumuna hastaların %68,1'i memnun, hastane içindeki yönlendirmelerin açık ve yeterli olması durumundan hastaların %66'sı memnun, bekleme salonlarının geniş ve rahat olması durumundan hastaların %61,7'si memnun ve hastanenin genel temizliğinden hastaların %66,6'sının memnun olduğu bulunmuştur. Karagöz (2019) tarafından yapılan çalışmada, hastaların hizmet aldığı birimin ısı, ışık, havalandırma ve ferahlığından iyiye yakın düzeyde memnuniyet duydukları bulunmuştur. Fatima, Malik ve Sahhbir, (2017) tarafından Pakistan'ın İslamabad şehrinde 6 özel hastanede yapılan çalışmada, hastanede yeteri kadar teknolojik cihaz ve teçhizatın yer alması ve birimler arası erişimin kolay olması durumundan memnuniyet oldukça yüksek bulunmuştur. Yasin ve diğerlerinin (2017) Malezya'da 300 hasta ile yaptıkları araştırmada, hastaların büyük çoğunluğunun hastanenin genel temizliği, havalandırması ve fiziksel görünümünden memnuniyet duydukları belirlenmiştir. Türkuğur ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada, hasta memnuniyet düzeyinin en düşük olduğu faktörün yemek hizmetleri olduğu ve bu sebeple hastaların yemeklerin sıcaklığından şikayet ettiği sonucuna ulaşılmıştır. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde Öztürk (2016) tarafından yapılan çalışmada, acil serviste yer alan yönlendirme levhalarının yeterli olması, fiziksel koşulların (ısı, aydınlık ve havalandırma) yeterli olması ve bekleme ve dinlenme yerlerinin yeterli olması hastaların büyük çoğunluğunun memnun olmasında temel etkenler olarak belirlenmiştir Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yüksel (2015) tarafından yapılan çalışmada, hastaların %86'sı bekleme

alanları ve muayene odalarının temizliğinden, %70'i fiziksel özelliklerinden ve %54'ü yemeklerin lezzet ve sunum açısından memnun olduklarını belirtmişler. Bakırköy Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı hastanelerde Yurtsever (2015) tarafından yapılan çalışmada; hastaların %41'i kayıt ve kabul biriminde yer alan bekleme alanlarının yeterli olmasından %44'ü hizmet aldığı birimin temiz olmasından ve %54'ü hastane içindeki birimlere kolayca ulaşılabilmesinden memnuniyet duydukları belirlenmiştir. Ekinci (2015) tarafından İstanbul Anadolu yakası Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı bazı eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılan çalışmada; temizlik, yönlendirme levhaları ve tıbbi teçhizat durumunun yeterli olmasının hastaların memnuniyet oranının yükselmesinde önemli değişkenler oldukları saptanmıştır. Antalya'da bir kamu hastanesinde Büyükkaraman (2014) tarafından yapılan çalışmada, fiziksel imkanlar, donanım, teçhizat ve temizlik bakımından hastaların memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu bulgulanmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dış Hekimliği Bilimleri Merkez Başkanlığı'nda Karaalp (2014) tarafından yapılan çalışmada, fiziksel çevre faktörlerinden temizlik-hijyen, yönlendirme-ulaşılabilirlik ve estetik etkileri ile memnuniyet arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Akbaş (2014) tarafından Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde yapılan çalışmada, hastaların %61'i fiziksel imkanlardan, %71'i hizmet alınan birimlerin ısı, ışık ve konforundan, %68'i yeteri kadar makine ve teçhizat olduğundan ve %55'i bekleme ve dinlenme alanlarının yeterliliğinden memnun olduğunu belirtmiştir. Amerikan Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezi'nde Lee (2011) tarafından yapılan araştırmada, hizmet alınan birimdeki aydınlatma, gürültü düzeyi, sıcaklık, hava kalitesi, temizlik ve mobilya gibi konforu oluşturan değişkenler ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde araştırma yöntemine yönelik bilgiler, amaç ve önem, evren ve örneklem, veri toplama aracı, ölçek geliştirilme süreçleri, veri toplama süreci, araştırma kısıtları, araştırma modeli ve hipotezleri, ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın temel amacı sağlık kurumlarındaki süreç kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisinin incelenmesidir. Ulusal literatür tarandığında sağlık hizmetleri süreç kalitesi ile ilgili sınırlı sayıda araştırmanın yer aldığı görülmüştür. Literatürden hareketle önce sağlık kurumlarındaki süreç kalitesine etki eden faktörler belirlenmiştir. Bu faktörlerin hasta memnuniyetini ne derece etkilediğinin belirlenmesi çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgularla, araştırmacılara ve uygulayıcılara önerilerin getirilmesi ve sağlık hizmet süreçlerinin kalitesinin geliştirilerek hasta memnuniyetinin artırılması ve sağlık kurumlarının tekrar tercih edilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin geliştirilmesine yönelik stratejilerin belirlenmesi ve uygulamada fayda sağlayacak olması araştırmanın diğer bir önemli noktasıdır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın hedef evrenini Türkiye'nin yedi bölgesi içerisinde en yoğun nüfusa sahip olan Marmara Bölgesi oluşturmaktadır. Evren olarak Marmara Bölgesi'nin seçilmesinde en önemli etken, bu bölgenin diğer bölgelerden göç alması ve bu haliyle Türkiye nüfusunun genel özelliklerine daha yakın özellikleri taşımasıdır. Çalışma 10 Haziran 2020-30 Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. TÜİK 2020 yılı verilerine göre bölgenin toplam nüfusu 25.731.357'dir. Çalışmada Marmara Bölgesi hedef evren olarak seçildikten sonra ikinci aşamada nüfusu 1.000.000'un üzerinde olan altı ilde çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Bu altı il İstanbul, Bursa, Kocaeli, Balıkesir ve Tekirdağ ve Sakarya'dan oluşmaktadır ve bölge nüfusunun %93'ünü kapsamaktadır. Nüfuslarının daha düşük olması, tabakalı örnekleme yöntemine göre toplanması gereken anket sayısının sınırlı kalması ve buna bağlı olarak maliyetlerin yüksek olması sebebiyle

Çanakkale, Edirne, Kırklareli, Bilecik ve Yalova illeri çalışma kapsamına alınmamıştır. Bu iller çıkarılınca çalışma evrenini oluşturan illerin toplam nüfusu 23.925.542'tür. Çalışmada¹ ilk aşamada %99 güven aralığında örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülden yararlanarak hesaplanmıştır. Bun göre çalışmanın minimum örnek büyüklüğü 656 bulunmuştur (Karagöz, 2014: 152).

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * d^2] + (p * q * Z^2)}$$

$$n = \frac{23925542 * 0,5 * 0,5 * 2,56^2}{[(23925542 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 2,56^2)}$$

$$n = \frac{39199608,0128}{59815,4909} = 655,342 \cong 656$$

Çalışmanın örnekleme belirlendikten sonra nüfus büyüklüklerine göre tabakalı örnekleme yönteminden yararlanılarak her ilden çalışmaya alınması gereken örnek sayısı belirlenmiş ve ardından tesadüfî örnekleme yöntemi kullanılarak her ilden ulaşılması gereken örnek büyüklüğü belirlenmiştir (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2020). İllerin örneklem büyüklüklerine göre tesadüfî örnekleme yöntemi kullanılarak anketler gerçekleştirilmiştir. Veri toplanırken çalışma yapılan illerin tabakalanmış örnek büyüklükleri dikkate alınmış olup; %99 güven aralığına göre örneklem büyüklüğünün yaklaşık 1,5 katı olan 1000 ankete ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma sonucunda 1010 ankete ulaşılmıştır. Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü (BAPK) tarafından 202-7-25-41 proje numarası ile desteklenen projeler kapsamındadır. Anketlerin 750 adedi bu proje kapsamında anket firması tarafından geriye kalan 260 adedi araştırmacının kendi imkanları ile toplanmıştır. Veriler araştırma örnekleminde yer alan illerin kamu ve özel hastanelerinden herhangi bir rahatsızlıktan

¹ N = Evren

n = Örneklem sayısı

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

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemesi sıklığı (0,50 alınmıştır)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %99 için 2,56)

d = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

dolayı son bir yıl içerisinde ameliyat olmuş veya hastanede yatarak hizmet almış hastalardan gönüllülük esasına dayalı olarak toplanmıştır. Ancak verilerin temizlenmesi sürecinde 78 anketin sorulara blok cevap verme, çok sayıda boşluk bırakma gibi sebeplerle kullanılmamasına karar verilmiştir ve analizler 932 anket üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1: Anket Sayısının Çalışma Yapılan İllere Göre Dağılımı

İller	İl Nüfusu*	Nüfusa göre örnek oranı	Minimum örnek sayısı	Ulaşılan Örnek Büyüklüğü
İstanbul	15.462.452	0,65	427	657
Bursa	3.101.833	0,13	85	131
Kocaeli	1.997.258	0,09	59	91
Balıkesir	1.240.285	0,05	33	51
Tekirdağ	1.081.064	0,04	26	40
Sakarya	1.042.649	0,04	26	40
Toplam	23.925.542		656	1010

*TÜİK (2020). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2020, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210>.

2.3. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmadaki verilerin analiz edilmesi için IBM SPSS 23 ve AMOS 21 programlarından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde doğrulayıcı ve keşfedici faktör analizi, korelasyon analizi, path analizi, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t-testi ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında yapılmıştır.

2.4. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada verilerin toplanmasında anketten yararlanılmıştır. Kullanılan anket formu sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular ve iki farklı ölçekle birlikte toplam 6 bölümden oluşmaktadır. Çalışma ile ilgili saha araştırması yapılmadan önce Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı tarafından araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna ilişkin 61923333/050.99 sayılı etik kurulu izni alınmıştır. (Ek-1). Ankette toplam 50 soru yer almaktadır (Ek-2).

Sosyo-Demografik Özellikler: Literatürde yer alan ölçekler dikkate alınarak sosyo-demografik özellikleri ölçmek için cinsiyet, yaş, medeni hal, meslek, eğitim durumu, aylık kişisel gelir, yaşadığı şehir ve hizmet aldığı hastane hakkında sorular yer almaktadır.

Hasta Memnuniyeti Ölçeği: Yeşilyurt (2018) tarafından hasta memnuniyetini ölçmek için kullanılan ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek tek boyut ve 6 sorudan oluşmaktadır.

Süreç Kalitesi Ölçeği: Bu ölçek araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte hasta kabul ve taburcu süreci boyutunda 6, tanı ve tedavi süreci boyutunda 7, insan kaynakları süreci boyutunda 5, iletişim süreci boyutunda 7 ve destek hizmetleri süreci boyutunda 12 soru olmak üzere toplam 37 soru bulunmaktadır. Ölçekte cevap verilen puanların yüksek olması süreç kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

Çalışmada kullanılan ölçekler 5'li Likert yapıda 1-Hiç katılmıyorum- 5-Tamamen katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir.

2.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Bu aşamada literatürden yararlanılarak oluşturulan ölçeğin aşamaları hakkında bilgiler ve ölçekler ile ilgili geçerlik ve güvenilirlik analizi sonuçlarına yer verilmektedir.

2.5.1. Süreç Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Ölçek, literatürde yer alan kaynaklar taranarak hazırlanmıştır. Ölçeğin soruları, tez izleme komitesinde yer alan iki öğretim üyesi ve danışman ile görüşülerek oluşturulmuştur. Ölçek geliştirme süreci literatür taraması ile başlamış ve aşağıda verilen aşamalarla devam ettirilmiştir. Ancak literatür incelendiğinde de görüleceği gibi, ölçek geliştirme sürecinin aşamaları farklı şekillerde oluşturulabilmektedir (Erkuş, 2014; DeVellis, 2012 ve Rossiter, 2011). DeVellis (2012) bu süreci 8 aşamada sıralamaktadır:

1. Ölçülmek istenilen yapının belirlenmesi
2. Madde havuzunun oluşturulması
3. Ölçme biçiminin belirlenmesi
4. Başlangıçtaki madde havuzunun uzmanlar tarafından gözden geçirilmesi
5. Geçerlilik maddelerinin dahil edilmesi
6. Pilot uygulamanın yapılması
7. Maddelerin değerlendirilmesi
8. Ölçek uzunluğunun uygun şekle getirilmesi

Çalışmada bu sıralama dikkate alınarak ölçek geliştirme süreci aşağıdaki gibi gerçekleştirilmiştir.

I. Aşama: Ölçmek istenilen yapının belirlenmesi

Bu aşamada kullanılacak ölçeğin yapısının belirlenmesi öngörülmektedir. Literatürden hareketle sağlık kurumlarındaki süreç kalitesini belirleyen faktörler ele alınmıştır. Literatürde belirlenen boyutlar çalışmada gruplandırılarak 5 boyut oluşturulmuştur. Bu boyutlar aşağıdaki şekilde tasarlanmıştır.

Hasta kabul ve taburcu süreci: Hasta giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin süreçler ile hastaların sunulan hizmetler ve hastane süreçlerini hakkında bilgilendirilmesini kapsamaktadır.

Tanı ve tedavi süreci: Hastanın kabulünden itibaren ilk muayene, tanı testleri, tanı konulması ve tedavi süreçlerini kapsamaktadır.

İnsan kaynakları süreci: Bu boyutta hizmet sunum sürecinde doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastalara karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

İletişim süreci: Hastaya bir birey olarak bakılması ve hastanın kendisine yapılacak tüm işlemlerde bilgilendirilmesi gerektiği olgusunun kabulüyle önemli bir yere sahip olan iletişimin tüm hizmet süreçlerinde nasıl uygulandığını sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir.

Destek hizmetleri süreci: Yönlendirme ve yerleşim düzeni, temizlik hizmetleri, ulaşılabilirlik, yemek hizmetleri, teknolojik ekipman ve fiziksel imkanlar vb. farklı şekillerde incelenen destek hizmetlerine ilişkin sürecin, tek bir başlık altında toplanarak incelenemesin amaçlanmıştır.

Yukarıda Belirlenen boyutlardan oluşan Süreç Kalitesi Ölçeğinin ulusal düzeyde yaygın olarak kullanılan 5'li Likert yapıda bir ölçek geliştirilmesinin uygun olacağı öngörülmüştür. Ölçek 1-Hiç katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3. Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 4-Katılıyorum ve 5-Tamamen katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir.

II. Aşama: Madde Havuzunun Oluşturulması:

İkinci aşamada literatür incelemesi yapılarak ölçeği meydana getiren ifadelerin belirlenmesi amacıyla madde havuzu oluşturulmuştur. Süreç Kalitesi Ölçeğine ait madde havuzu başlangıçta 61 ifadeden oluşmuştur. Akademisyenlerin görüşleri dikkate alınarak ölçekte yer alan ifadelere çeşitli düzenlemeler yapılmıştır.

Oluşturulan madde havuzu öğrenci ve danışman tarafından ayrı ayrı incelenerek benzer anlama gelebilecek ifadeler ayıklanmış ve yeni madde havuzu tez izleme komitesi ile birlikte bir kez daha tartışılarak taslak ölçeğe son hali verilmiştir. Başlangıçta oluşturulan ölçeğe ait çıkarılan ifadeler aşağıda sıralanmıştır.

- Doktorun bana söylediklerine harfiyen uymanın bana zor olacağını inanıyorum.
- Doktorun yazdığı ilaç tedavisine tam anlamıyla uyacağımı düşünüyorum.
- Bana kusursuz bir tedavi uygulandı.
- Eczane, görüntüleme odası, kan bankası ve laboratuvarlarda bekleme zamanları makuldür.
- Tarafıma her zaman ilk seferde doğru hizmetler sunuldu.
- Yemek servisi yapan personelin temizliği ve genel görünümleri düzgündü.
- Hastane personeli dostça ve yardım edici niteliklere sahipti.
- Tetkik sürecinde mahremiyetime ve rahat etmeme önem verildi.
- Doktorlar beni soru sormaya teşvik ettiler.
- Hastanedeki sekreterler benimle iyi iletişim kurdular.
- Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odalarının sessizlik düzeyi uygundu.
- Hasta odasının dekoru güzeldi.
- Hastanede kullanılan teçhizat en son teknolojiye sahiptir.

Çıkarılan ifadelerin ardından taslak ölçek, 48 ifadeden oluşmuştur. Takip eden aşmada ise ölçeğin kapsam geçerliliği çalışmaları yapılmıştır.

III. Aşama: Ölçeğin kapsam geçerliliği

Kapsam geçerliği bütün olarak bir ölçeğin ve ölçekteki her bir ifadenin amaca ne ölçüde hizmet ettiğinin saptanması amaçlamaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014: 42). Bu amaç çerçevesinde alanında uzmanların görüşüne başvurulması önerilmektedir. 3-20 arasında uzmandan görüş alınmasına yönelik literatürde görüşler yer almakla (Esin, 2014) birlikte 10 kişiden çok uzmana danışmanın gereksiz olabileceği de dile getirilmiştir (Lynn, 1986: 383). Görüş alınan uzman sayısının beş ya da daha az olması halinde, uzmanların hepsinin kapsam geçerliliği konusunda ortak fikirde olması ve kapsam geçerlik indeksinin (KGİ) 1 olması önerilmektedir. Altı veya daha fazla uzman görüşüne başvurulduğunda bu değer 0,78'den küçük olmaması; dokuz uzmana danışılması halinde ortalama değer

0,78 olmak şartı ile iki uzmanın görüşü farklı olsa bile kapsam geçerliğinin kabul edilebileceği öne sürülmektedir (Polit ve Beck, 2006: 493). Bu katsayı çalışmalarda genel olarak 0,80 baz alınmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014: 43). Çalışmada taslak ölçek oluşturulduktan sonra 7 uzmandan (akademisyen) görüş alınmıştır. Bu kapsamda Davis (1992) tekniğinden yararlanılarak, maddeler; a) “madde uygun”, b) “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, c) “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve d) “madde uygun değil” şeklinde değerlendirilmektedir. Uzmanların görüşleri doğrultusunda her bir ölçek maddesine verilen “a” ve “b” seçeneklerinin sayısı toplanarak görüş veren toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır (EK-3).

Yapılan hesaplama sonucunda 0,80’in altında değer alan 11 soru ölçekten çıkarılmıştır. Taslak ölçekten çıkarılan sorular aşağıda yer almaktadır.

- Hasta kabulde görev alan personel kibardır.
- Doktorun tavsiyelerine uymanın benim için kolay olduğunu hissettim.
- Hekimin tedavisi çektiğim zahmete değmedi.
- Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin yönlendirilmesi iyi yapıldı.
- Servisteki işlemler sırasına uygun ve düzenli bir şekilde yapıldı.
- Doktorlar işlerini yaparken dikkatli ve ustaca davrandılar.
- Diğer sağlık personeli işlerini yaparken dikkatli ve ustaca davrandılar.
- Hasta bakıcılar benimle iyi iletişim kurdular.
- Hasta odasının sıcaklığı uygundu.
- Hastanede kullanılan teknolojik cihazlar (Röntgen ve MRI gibi) yeterli sayıdadır.
- Cihazlardan (test sonucu vb.) elde edilen sonuçlar güvenilirdir.

Çıkarılan ifadelerden sonra taslak anket 37 ifadeden oluşmaktadır. Taslak anket için alınan görüşler doğrultusunda kapsam geçerlik indeksleri 0,80’in üzerinde değer alan, ancak uzmanlar tarafından revize edilmesi önerilen ifadeler revize edilmiştir. Bu kapsamda hasta kabul ve taburcu sürecinde yapılan öneriler doğrultusunda “Hasta kabul ve taburcu işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı” ifadesi “Hasta kabul işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı” ve “Hasta taburcu işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı” şeklinde iki ayrı ifade olarak revize edildi. “Taburcu olurken doktorum, yeni yazdığı ilaçları niçin yazdığını, yan etkilerini ve nasıl kullanmam gerektiğini net bir şekilde

açıkladı” ifadesi “Taburcu olurken doktorum, yeni yazdığı ilaçları niçin yazdığını ve nasıl kullanmam gerektiğini net bir şekilde açıkladı” şeklinde düzenlendi.

İnsan kaynakları süreci boyutunda yer alan “Hastane personelinin temizliği ve genel görünümü düzgündü” ifadesi “Hastane personelinin dış görünümü (giyim, temizlik) düzgündü” olarak değiştirilmiş ve “Hastanenin işleyişi hastaların ihtiyaçlarına cevap vermeyi kolaylaştırmaktadır” ifadesi çıkarılarak yerine “Tanı ve tedavi sürecinde hastane personeli mahremiyetime özen gösterdi” şeklinde yenilenmiştir.

Destek hizmetleri süreci boyutunda yer alan “Hastanenin fiziki görünümü genel olarak çekiciydi” ifadesi “Hastanenin fiziki görünümü genel olarak güzeldi” olarak, “Yemekler lezzetli ve iştah açıcıydı” ifadesi “Yemekler lezzetli” olarak güncellenmiştir.

Bu süreç sonunda ölçeğin son hali 37 ifadeden oluşmuştur. Bu şekilde taslak ölçeğin pilot uygulamasının yapılmasına karar verilmiştir. Pilot uygulama yapılacak ölçeğe ait ifadeler ve yararlanılan referanslar Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Ölçekler ve Yararlanılan Kaynaklar

Kodlar	Ölçek İfadeleri	Referanslar
HKTS	Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	
HKTS1	Hasta kabul ve taburcu işlemleri hızlı bir şekilde yapıldı.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
HKTS2	Hasta kabul işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
HKTS3	Hasta taburcu işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
HKTS4	Taburcu olduktan sonra yapmam gerekenler konusunda ayrıntılı bir şekilde bilgilendirildim.	Zineldin, (2006)
HKTS5	Taburcu olurken doktorum, yeni yazdığı ilaçları niçin yazdığını ve nasıl kullanmam gerektiğini net bir şekilde açıkladı.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
HKTS6	Doktorum taburcu sonrası yapmam gerekenleri kolayca anlayabileceğim şekilde anlattı.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
TTS	Tanı ve Tedavi Süreci	
TTS1	Aldığım tedavi, tedavi sürecinde çektiğim tüm zahmetlere değdi.	Prenner (2001)
TTS2	Bakım ve tedavi personeli hastalığımla ilgili en iyi tedaviyi uygulamak için çaba gösterdi.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
TTS3	Tanı ve tedavi süreci için bekleme süreleri uygundu.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)

Tablo 2'nin devamı

TTS4	Tanı ve tedavi sürecinde rahat etmem için gerekli özen gösterildi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
TTS5	Tedavi sürecinde doktorlar benim için yeterli zaman ayırdılar.	Sezgin, (1998)
TTS6	İhtiyacım olduğunda ilgili personel en kısa sürede müdahale etti.	Sezgin, (1998)
TTS7	Tanı ve tedavi sürecinde hastane personeli mahremiyetime özen gösterdi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İK	İnsan Kaynakları Süreci	
İK1	Tedavimi yapan doktorların gerekli uzmanlık becerisine sahip olduğuna inanıyorum.	Cella vd., (2003)
İK2	Hastane personelinin bana, ziyaretçi ve refakatçilere karşı davranışı kibardı.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İK3	Hastane personeli herhangi bir problem durumunda çözüm bulmaya istekliydi.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İK4	Bakımımı yapan hemşirelerin işlerini beceriyle yaptıklarını düşünüyorum.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İK5	Hastane personelinin dış görünüşleri (giyim, temizlik) düzgündü.	Sezgin, (1998)
İ	İletişim Süreci	
İ1	Doktorlar tedavimle ilgili sık sık bilgilendirme yaptılar.	Kim, (2000)
İ2	Doktorlar sorduğum sorulara anlayabileceğim şekilde cevap verdiler.	Kim, (2000)
İ3	Doktoruma hastalığım konusunda soru sorarken kendimi rahat hissettim.	Kim, (2000)
İ4	Doktorlar teşhis ve tedavi sonuçlarını benim anlayacağım şekilde açıkladılar.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İ5	Hemşireler bakım planımı bana basit ve anlaşılır dille açıkladılar.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
İ6	Hemşireler sorularıma açık ve anlaşılır cevaplar verdiler.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
İ7	İhtiyaç duyduğumda endişelerimi azaltmak için hemşireler beni dikkatli bir şekilde dinlediler.	Sezgin, (1998)
DH	Destek Hizmetleri Süreci	
DH1	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları yeterince rahattı.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
DH2	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları temizdi.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
DH3	Hastanenin fiziki görünümü genel olarak güzeldi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)

Tablo 2'nin devamı

DH4	Hasta odası konforluordu.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
DH5	Hasta odası temizdi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
DH6	Hasta odası gürültü değildi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
DH7	Yemekler lezzetli.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
DH8	Hastane binası içinde yeterli sayıda yönlendirme levhası vardı.	Mourshed ve Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH9	Hastane binası içindeki yönlendirme levhaları rahat bir şekilde okunuyordu.	Mourshed ve Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH10	Hastanede hizmet almam gereken birimler kolayca ulaşabileceğim şekilde düzenlenmişti.	Mourshed ve Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH11	Hizmet aldığım birimleri için ayrılan alanlar yeterli büyüklükteydi.	Mourshed ve Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH12	Hastanede tanı ve tedavi için yeteri kadar teknolojik cihaz ve teçhizat bulunduğuna inanıyorum.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)

IV. Aşama: Pilot Uygulama

Kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra ölçeğin evreni temsil etme özelliğine sahip olan daha küçük bir gruba diğer bir ifade ile örnekleme uygulanması önerilmektedir. Bu örneklemin literatürde 5 ile 100 arasında bir katılımcıya sahip olmasının yeterli olacağına ilişkin görüşler yer almaktadır. Hertzog (2008) pilot çalışmaların birçok faktörden etkilendiği için bunun çok önemli bir sorun oluşturmadığına dikkat çekmektedir. Connelly (2008) ise bir pilot çalışma örnekleminin, evren büyüklüğünün % 10'una sahip olmasının yeterli olabileceğini ileri sürmektedir. Diğer taraftan Isaac ve Michael (1995) ve Hill (1998), pilot çalışma için örneklem büyüklüğünün 10-30 arasında olmasını önermiştir. Burada önemli olan husus, örnek boyutu küçük olsa da pilot yapılan grubun hedef kitlenin tüm alt gruplarını kapsayacak şekilde seçilmesidir (Altunışık, 2008). Bu bağlamda çalışmada ölçeğin kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra ölçekte yer alan

ifadelerin örnekleme oluşturan altı ilde kamu ve özel hastanelerden yatarak hizmet alan gönüllü 125 katılımcı üzerinde 15 Mayıs- 30 Mayıs 2020 tarihleri arasında pilot çalışması yapılmıştır.

Ölçeklerde yer alan ifadeler, HKTS1, HKTS 2, HKTS 3, HKTS 4, HKTS 5 ve HKTS6 kodlu ifadeleri hasta kabul ve taburcu süreci, TTS1, TTS2, TTS3, TTS4, TTS5, TTS6 ve TTS7 ifadeleri tanı ve tedavi süreci, İK1, İK2, İK3, İK4 ve İK5 ifadeleri insan kaynakları süreci, İ1, İ2, İ3, İ4, İ5, İ6 ve İ7 ifadeleri iletişim süreci ve DH1, DH2, DH3, DH4, DH5, DH6, DH7, DH8, DH9, DH10, DH11, DH12, ifadeleri destek hizmetleri süreci altında toplanmıştır (Ek-4).

Anketten elde edilen verilerle ölçeğin yapısal geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir. Altı boyut arasındaki ilişkileri belirlemek üzere korelasyon analizi yapılmıştır. Bu aşamada;

- Güvenirlik çalışması için, madde analizi sonuçlarına göre madde-toplam puan korelasyonları değerlendirilmiş, düşük ve negatif korelasyona sahip maddeler ölçekten çıkarılmıştır.
- Analizler sonucunda ortaya çıkan alt boyutların güvenilirlik analizlerinin tespiti ve iç tutarlılık analizi için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır.

Boyutların iç tutarlılıklarının belirlenmesi amacı ile Cronbach Alfa katsayıları hesaplanarak güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre her bir boyuta ait Cronbach Alfa katsayısı 0,70'ten büyük olarak bulunmuştur. $0,80 \leq \alpha < 1,00$ değeri ölçeğin yüksek derecede güvenilir olarak kabul edildiğini ifade etmektedir (Karagöz, 2014: 405). Ayrıca Tablo 3'te yer alan boyutları oluşturan ifadeler arasındaki korelasyonların 0,60 ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulgular verilerin toplanması ve analizlerin gerçekleştirilebilmesi için yeterli kanıtlar sunmaktadır.

Tablo 3: Boyutların Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Boyutlar	Madde Sayısı	Toplam Madde Korelasyonları	Cronbach's Alfa
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	6	0,601	0,899
Tanı ve Tedavi Süreci	7	0,641	0,925
İnsan Kaynakları Süreci	5	0,616	0,890
İletişim Süreci	7	0,613	0,916
Destek Hizmetleri Süreci	12	0,625	0,952

V. Aşama: Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışma Marmara Bölgesi'nde yer alan altı büyükşehirde (İstanbul, Bursa, Kocaeli, Balıkesir, Tekirdağ ve Sakarya) gerçekleştirilmiştir. Ölçek geliştirme süreci sonunda son halini alan ölçek, saha araştırması kapsamında 10 Haziran 2020-30 Ekim 2020 tarihleri arasında örneklemde belirtilen oranlar dikkate alınarak ilgili illerde yüz yüze anket yöntemi kullanılarak 1010 katılımcıdan toplanmıştır. Anket, Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'nun belirlediği ilkelere uygun bir şekilde katılımcılar bilgilendirilerek yapılmıştır. Toplanan veriler analiz yapılmadan önce normallik analizleri yapılmış ve dağılımda farklılık gösteren 78 anket veri setinden çıkarılmıştır. Bu aşamadan sonra kalan 932 anket ile verilerin analizleri yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere ait elde edilen bulgular Tablo 4'te sunulmaktadır.

Tablo 4: Tanımlayıcı İstatistikler

Boyutlar	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	3,32	1,023	-0,657	-0,030
Tanı ve Tedavi Süreci	3,32	0,878	-0,480	-0,038
İnsan Kaynakları Süreci	3,59	0,871	-0,684	0,466
İletişim Süreci	3,44	0,915	-0,771	0,448
Destek Hizmetleri Süreci	3,30	0,844	-0,313	-0,060
Hasta Memnuniyeti	3,15	0,860	-0,350	-0,235

Ölçeklere ait ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık değerleri ayrı ayrı incelenmiştir. Buna göre ölçeklerin ortalama değerleri incelendiğinde süreç kalitesini oluşturan boyutlarda en yüksek ortalamaya sahip olan boyutun insan kaynakları süreci ($3,59 \pm 0,871$) olduğu, en düşük ortalamaya sahip olan boyutun destek hizmetleri süreci ($3,30 \pm 0,844$) olduğu bulunmuştur. Hasta memnuniyeti ölçeğinin ortalama değeri ise $3,15 \pm 0,860$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin basıklık değerlerinin -0,235 ile 0,466 arasında, çarpıklık değerlerinin ise -0,313 ile -0,771 arasında değerler aldığı bulunmuştur. George ve Mallery (2010)'e göre basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2,0 ile +2,0 arasında bir değere sahip olması verilerin normal dağıldığına işaret etmektedir. Buradan hareketle verilerin normal dağıldığını ifade etmek mümkündür. Bu bulgular ışığında geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

VI. Aşama: Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Nicel araştırmaların en temel özelliklerinden birisi etkili bir ölçüme imkan vermesidir. Testler sonucunda geçerli ve güvenilir olan bir ölçek ampirik araştırmaların değerlendirilmesinde çok önemli katkılar sunmaktadır (Slavec ve Drnovšek, 2012). Bu bağlamda taslak ölçeğin yapı geçerliğini sınamak için faktör analizi yapılmıştır. Kullanım amacına göre faktör analizi iki şekilde uygulanmaktadır. Bunlar keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleridir. Keşfedici faktör analizi, değişkenler arasındaki ilişkilerden yola çıkarak faktör bulmak ve teori üretmeye yönelik işlemlerden oluşmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizinde ise değişkenler arasındaki ilişkilere bakılarak daha önceden belirlenen bir hipotez test edilmektedir (Büyüköztürk, 2002: 472). Güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği yapıyı tutarlı bir şekilde ölçmesi olarak ifade edilmektedir. Bir test ya da ölçeğin aynı koşullar altında tekrar uygulandığı zaman birbirine yakın sonuçları vermesidir (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2020). Bu bağlamda güvenilirlik, ankette yer alan ifadelerin birbirleri ile tutarlılığını ve uygulanan ölçeğin üzerinde durulan sorunu ne derece yansıttığını göstermektedir (Kalaycı, 2014: 403).

Çalışmada kullanılan Süreç Kalitesi Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısından faydalanılarak öncelikle güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Cronbach's Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer alır ve bu değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği yükselmektedir. Buna göre; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ölçek güvenilir olarak kabul edilmemektedir. $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ölçeğin güvenilirliği düşük olarak kabul edilmektedir. $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında ölçek oldukça güvenilir olarak kabul edilir ve bu değer $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında yer alıyor ise yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir (Kalaycı, 2014: 405). Çalışmada kullanılan Süreç Kalitesi Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,978 olarak bulunmuştur. Buradan hareketle Süreç Kalitesi Ölçeği üst düzeyde güvenilirliğe sahip olup, çalışmayı gerçekleştirmek için yeterli şartları sağlamaktadır.

Geçerlilik bir ölçeğin ya da testin ölçmek istenilen şeyi ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2020). Çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerliliğini sınamak için ilk önce keşfedici faktör analizi, daha sonrasında ise doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Yapılan keşfedici faktör analizi verilerinden hareketle ölçeklerin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonuçlarına göre, Süreç Kalitesi Ölçeğinin KMO değeri 0,963 olarak bulunmuştur. KMO değeri 1'e yaklaştıkça çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü mükemmele ulaşmakta olup, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak kabul edilmektedir (Karagöz, 2014: 651). Bu verilere bakıldığında çalışmanın yapıldığı örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğu ifade edilebilir.

Ölçeğin faktör analizine uygunluğunu belirlemek amacıyla Barlett küresellik testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuca göre Barlett küresellik testi anlamlı bulunmuş ($p=0,000$) ve değişkenler arasında yüksek korelasyonların mevcut olduğu ve verilerin çoklu normal dağılımdan geldiği saptanmıştır (Karagöz ve Bardakçı, 2020).

KMO örneklem yeterliliği ve Bartlett küresellik testi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde verilerin faktör analizi için uygun olduğu görülmektedir.

Ölçek geliştirme süreci sonucunda oluşturulan Süreç Kalitesi Ölçeğine yönelik yapılan faktör analizi verilerine göre 5 boyut ve 37 ifadeden oluşan ölçek Tablo 5'te yer almaktadır. Ölçeğin, açıklanan toplam varyansı %77,846'dır. Field (2000)'e KMO örneklem yeterlilik değerinin 0,50 ve üzerinde olması ölçeğin faktör analizi yapılabilmesi için uygun olduğuna işaret etmektedir. Her bir boyut ayrı ayrı incelendiğinde açıklanan varyansı en yüksek olan boyut destek hizmetleri süreci (%20,164) iken en düşük olan boyut insan kaynakları sürecidir (%13,413).

Hair ve diğerleri (2010) örneklem büyüklüğünün 350 ve üzerinde olduğu durumlarda faktör yükünün 0,3'ten büyük olması önermektedirler. Tabachnick ve Fidell'de (2013) "bir maddenin bir faktöre olan faktör yükünün minimum 0.32 olması" gerektiğini ifade etmektedir. Analiz sonuçları ölçekte yer alan ifadelerin faktör yüklerinin 0,542 ile 0,823 arasında değer aldığını göstermektedir. Buradan hareketle ifadelerin ölçekte yer alması uygundur. Destek hizmetleri süreci boyutunda yer alan ifadeler 0,576 ile 0,780 arasında faktör yüküne sahiptir. En yüksek faktör yüküne "Hastane binası içinde yeterli sayıda yönlendirme levhası vardı." ifadesi sahipken en düşük faktör yükü ise "Hastanede tanı ve tedavi için yeteri kadar teknolojik cihaz ve teçhizat bulunduğuna inanıyorum." ifadesine aittir. Tanı ve tedavi süreci boyutundaki ifadelerin faktör yükü 0,647 ile 0,763 arasındadır. "İhtiyacım olduğunda ilgili personel en kısa sürede müdahale etti." ifadesi en yüksek faktör yüküne sahipken en düşük faktör yükü "Aldığım tedavi, tedavi sürecinde çektiğim

tüm zahmetlere değdi.” ifadesine aittir. İletişim süreci boyutunda yer alan ifadelerin 0,542 ile 0,771 arasında faktör yüküne sahip olduğu görülmektedir. Bu boyut içerisinde “Doktoruma hastalığım konusunda soru sorarken kendimi rahat hissettim.” en yüksek faktör yüküne sahip ifade iken “İhtiyaç duyduğumda endişelerimi azaltmak için hemşireler beni dikkatli bir şekilde dinlediler.” ifadesi en düşük faktör yüküne sahiptir. Bir diğer boyut olan hasta kabul ve taburcu süreci içerisinde yer alan ifadelerin faktör yükleri 0,710 ile 0,811 arasındadır. Bu boyutta en yüksek faktör yükü “Hasta kabul işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.” ifadesi iken en düşük faktör yükü “Doktorum taburcu sonrası yapmam gerekenleri kolayca anlayabileceğim şekilde anlattı.” ifadesine aittir. 0,767 ile 0,823 arasında faktör yüküne sahip olan insan kaynakları süreci boyutunda en yüksek faktör yüküne sahip ifade “Hastane personeli herhangi bir problem durumunda çözüm bulmaya istekliydi.” iken en düşük faktör yükü “Tedavimi yapan doktorların gerekli uzmanlık becerisine sahip olduğuna inanıyorum.” ifadesine aittir.

Tablo 5: Süreç Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,963
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	21724,756
	df	666
	Sig.	0,000
	Açıklanan Toplam Varyans	%77,846
Boyutlar/İfadeler	Faktör yükü	Açıklanan varyans (%)
Destek Hizmetleri Süreci (Özdeğer= 2,977)		20,164
Hastane binası içinde yeterli sayıda yönlendirme levhası vardı.	0,780	
Hastane binası içindeki yönlendirme levhaları rahat bir şekilde okunuyordu.	0,766	
Hastanenin fiziki görünümü genel olarak güzeldi.	0,748	
Hasta odası gürültü değildi.	0,741	
Yemekler lezzetli.	0,734	
Hasta odası konforlu.	0,707	
Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları temizdi.	0,682	
Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları yeterince rahattı.	0,667	
Hastanede hizmet almam gereken birimler kolayca ulaşabileceğim şekilde düzenlenmişti.	0,660	
Hizmet aldığım birimleri için ayrılan alanlar yeterli büyüklükteydi.	0,646	
Hasta odası temizdi.	0,612	
Hastanede tanı ve tedavi için yeteri kadar teknolojik cihaz ve teçhizat bulunduğu inanıyorum.	0,576	
Tanı ve Tedavi Süreci (Özdeğer= 2,758)		15,078
İhtiyacım olduğunda ilgili personel en kısa sürede müdahale etti.	0,763	
Bakım ve tedavi personeli hastalığımla ilgili en iyi tedaviyi uygulamak için çaba gösterdi.	0,755	

Tablo 5'in devamı

Tanı ve tedavi sürecinde rahat etmem için gerekli özen gösterildi.	0,754	
Tedavi sürecinde doktorlar benim için yeterli zaman ayırdılar.	0,744	
Tanı ve tedavi sürecinde hastane personeli mahremiyetime özen gösterdi.	0,740	
Tanı ve tedavi süreci için bekleme süreleri uygundu.	0,708	
Aldığım tedavi, tedavi sürecinde çektiğim tüm zahmetlere değdi.	0,647	
İletişim Süreci (Özdeğer=1,879)		14,889
Doktoruma hastalığım konusunda soru sorarken kendimi rahat hissettim.	0,771	
Doktorlar teşhis ve tedavi sonuçlarını benim anlayacağım şekilde açıkladılar.	0,763	
Doktorlar sorduğum sorulara anlayabileceğim şekilde cevap verdiler.	0,737	
Hemşireler bakım planımı bana basit ve anlaşılır dille açıkladılar.	0,656	
Doktorlar tedavimle ilgili sık sık bilgilendirme yaptılar.	0,646	
Hemşireler sorularıma açık ve anlaşılır cevaplar verdiler.	0,602	
İhtiyaç duyduğumda endişelerimi azaltmak için hemşireler beni dikkatli bir şekilde dinlediler.	0,542	
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci (Özdeğer= 1,635)		14,302
Hasta kabul işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.	0,811	
Hasta taburcu işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.	0,808	
Hasta kabul ve taburcu işlemleri hızlı şekilde yapıldı.	0,795	
Taburcu olduktan sonra yapmam gerekenler konusunda ayrıntılı bir şekilde bilgilendirildim.	0,737	
Taburcu olurken doktorum, yeni yazdığı ilaçları niçin yazdığını ve nasıl kullanmam gerektiğini net bir şekilde açıkladı.	0,714	
Doktorum taburcu sonrası yapmam gerekenleri kolayca anlayabileceğim şekilde anlattı.	0,710	
İnsan Kaynakları Süreci (Özdeğer= 1,554)		13,413
Hastane personeli herhangi bir problem durumunda çözüm bulmaya istekliydi.	0,823	
Hastane personelinin dış görünüşleri (giyim, temizlik) düzgündü.	0,812	
Bakımıımı yapan hemşirelerin işlerini beceriyle yaptıklarını düşünüyorum.	0,790	
Hastane personelinin bana, ziyaretçi ve refakatçilere karşı davranışı kibarlı.	0,782	
Tedavimi yapan doktorların gerekli uzmanlık becerisine sahip olduğuna inanıyorum.	0,767	

2.5.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin gerçekleştirilmesinde keşfedici faktör analizini başvurulmuştur. Elde edilen sonuçlar Tablo 6'da yer almaktadır. Madde analizi sonuçları incelendiğinde, maddeler arası korelasyon sonuçları “Bu hastaneden zorunlu olduğum için hizmet aldım” ifadesi ile diğer ifadeler arasındaki korelasyonun negatif (-) olduğu belirlenmiş ve çalışmadan çıkarılmıştır. Hasta Memnuniyeti ölçeğinin Kaizer Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) değeri 0,918 ve Bartlett's Test of Sphericity küresellik testi anlamlı bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar veri setinin faktör analizi yapılması için uygun

olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2017: 404). Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %88,90 bulunmuştur. Sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40-%60 arasında yer alması yeterli kabul edilmektedir (Özcan ve Balyer, 2013: 142; Karagöz, 2017: 404). Ölçeğin ifadeleri arasındaki faktör yüklerinin 0,934 ile 0,967 arasında değer aldığı bulunmuştur. “Bu hastaneyi seçmekte doğru bir iş yaptığımı düşünüyorum.” ifadesi en yüksek faktör yüküne sahip iken “Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.” ifadesi en düşük faktör yüküne sahiptir. Bu sebeple ölçeğin uygulanabilmesi için gerekli koşulları sağladığını dile getirmek mümkündür.

Hasta memnuniyeti ölçeğinin Cronbach Alpha (α) değeri 0,962 olarak bulunmuştur. $0,80 \leq \alpha < 1,00$ değeri ölçeğin yüksek derecede güvenilir olarak kabul edildiğini ifade etmektedir (Karagöz, 2014: 405). Bu verilere göre ölçeğin güvenilir olduğunu ifade etmek mümkündür. Hasta memnuniyeti boyutunda yer alan ifadelerin faktör yükleri 0,934 ile 0,967 arasında yer almaktadır.

Tablo 6: Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,918
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3067,944
	df	10
	p	0,000
	Açıklanan Toplam Varyans	%88,90
Boyutlar/İfadeler		Faktör yükü
Hasta Memnuniyeti		
Bu hastaneyi seçmekte doğru bir iş yaptığımı düşünüyorum.		0,967
Bu hastanenin hizmetlerinin diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.		0,940
Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşıladı.		0,938
Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.		0,935
Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.		0,934

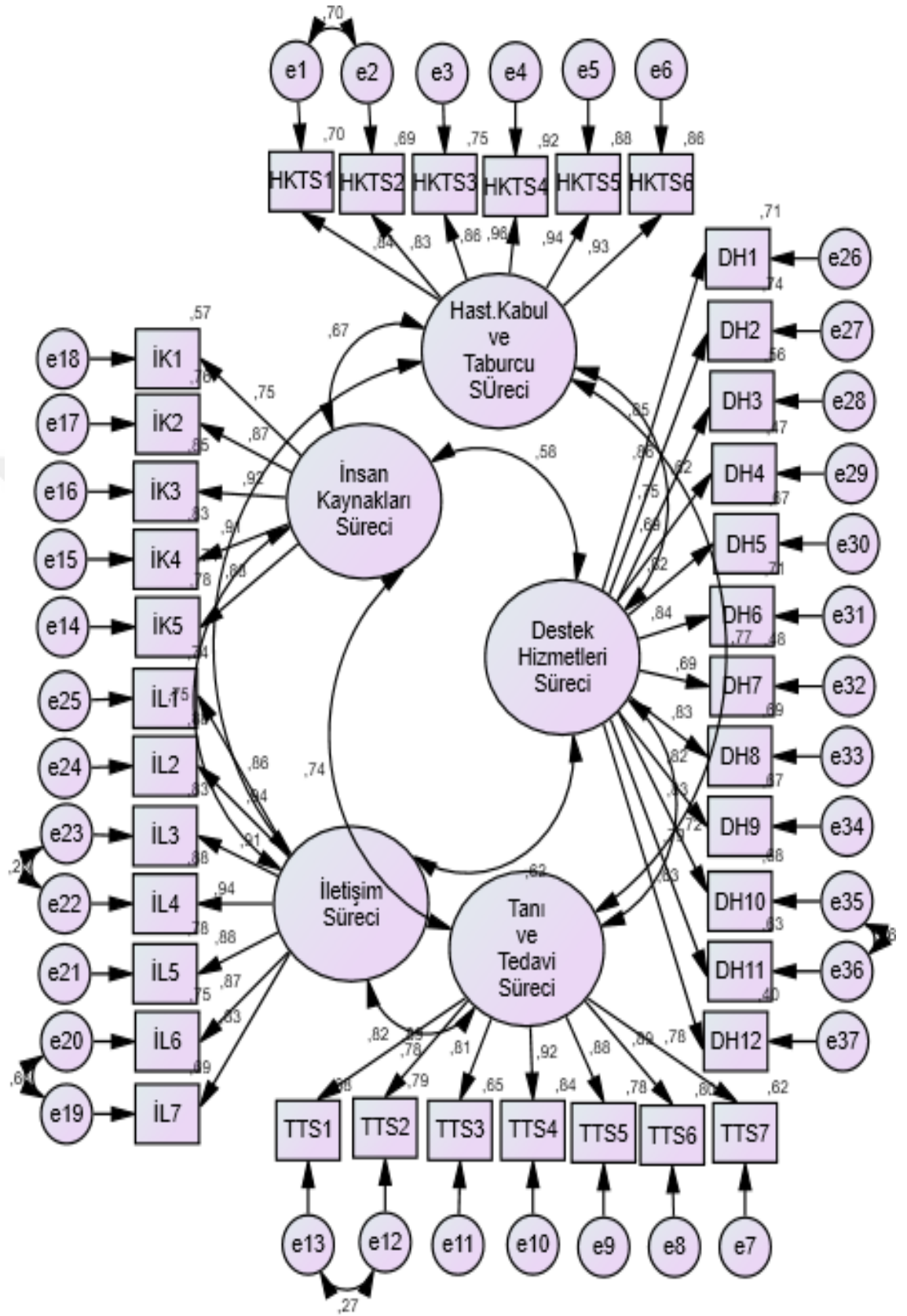
2.5.3 Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Süreç kalitesi ve hasta memnuniyeti ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 1 ve Şekil 2’de sunulmaktadır.

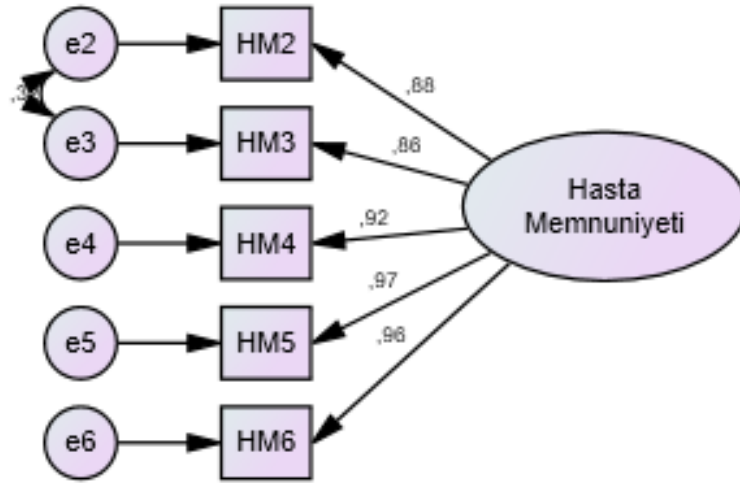
Süreç kalitesi ve hasta memnuniyeti ölçeklerinin doğrulayıcı faktör analizinin gerçekleştirilerek boyutların içsel tutarlığının ölçümü amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır. Ayrıca modelin yapısal geçerliliğinin ölçümü için aynı boyutu ölçen her bir gözlenen değişkenin bağlı olduğu boyut ile olan ilişkisini test etmek amacıyla “Benzeşim Geçerliliği (Convergent Validity)” ve her bir boyutun birbirinden ayrı yapılar olduğunu test etmek üzere “Ayrım Geçerliliği (Discriminant Validity)” testi yapılmıştır. Bu şekilde,

“Uyum İstatistikleri” değ rlendirilen yapıların güvenilirlik ve geçerlilik açısından değ rlendirilmesi de gerçekleştirilmiştir.





Şekil 1: Süreç Kalitesi Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi



Şekil 2: Hasta Memnuniyeti Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bu çalışmada, literatürde yaygın bir şekilde kullanılan uyum iyiliği indisleri olarak CMIN/DF, GFI, AGFI, CFI, NFI, IFI, TLI (NNFI) ve RMSEA'dan yararlanılmıştır. Süreç kalitesi ve hasta memnuniyeti ölçeklerinin doğrulayıcı faktör analiz sonuçlarına ait uyum iliği indisleri Tablo 7'de sunulmaktadır.

Tablo 7: Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum	Süreç Kalitesi	Hasta Memnuniyeti
CMIN/DF	$X^2/DF \leq 5$	$X^2/DF \leq 3$	2,445	2,387
p			0,000	0,040
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI \leq 1$	0,852	0,992
AGFI	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	0,825	0,969
NFI	$0,90 \leq NFI < 0,95$	$0,95 \leq NFI$	0,935	0,997
IFI	$0,90 \leq IFI < 0,95$	$0,95 \leq IFI$	0,960	0,992
TLI (NNFI)	$0,90 \leq NNFI < 0,95$	$0,95 \leq NNFI$	0,955	0,998
CFI	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI$	0,960	0,995
RMSEA	$0,05 < RMSEA < 0,08$	$0,05 \geq RMSEA$	0,056	0,055

Kaynak: Karagöz, 2017: 462-465.

Tablo 7'deki bulgular incelendiğinde, uyum iyiliği indislerinin referans aralığında olduğundan sonuçların oldukça tatmin edici düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda modelin veriye iyi uyum sağladığını ifade etmek mümkündür. Bu sonuçlar dikkate alınarak geçerlilik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmada güvenilirlik kriterinin sağlanıp sağlanmadığını test etmek için bileşik güvenilirlik (Composite Reliability-CR) analizinden yararlanılmıştır (Fornell ve Larcker,

1981). Bu bağlamda her bir boyuta ait CR değerinin 0,7'den büyük bir değer alması beklenmektedir. Güvenilirlik kriterinin sağlanabilmesinde diğer bir yöntem olan Cronbach Alpha değerinin de 0,7'den büyük olması gerekmektedir (Hair vd., 2010).

Bu araştırmada yapı geçerliliğinin sağlanıp sağlanmadığını incelemek amacıyla benzeşim geçerliliği ve ayırım geçerliliği kullanılmıştır. Benzeşim geçerliliği, “*söz konusu ölçeğin aynı yapıyı ölçen diğer ölçütlerle ne derece örtüştüğünün göstergesidir*” (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2020). Sütütemiz’e (2005: 157) göre ayırım geçerliliği, “*bahsedilen yapıların gerçekte başka bir özelliği ölçüp ölçmediğini belirlemek*” olarak ifade edilmiştir.

Kline’a (2011) göre, benzeşim geçerliliği ve ayırım geçerliliği, ölçütlerin birbirine göre değerlendirilmesini içermektedir. Aynı yapıyı ölçtüğü varsayılan bir dizi değişken, eğer birbirleriyle olan ilişkileri kabul edilebilir büyüklükte ise benzeşim geçerliliğinden bahsetmek mümkündür. Bunun tersine, farklı yapıları ölçtüğü varsayılan bir dizi değişken, eğer birbirleriyle olan ilişkileri çok yüksek değilse, ayırım geçerliliğinin sağlandığını gösterir. Bu bağlamda ölçeğin geçerliliğinden bahsedebilmek için hem benzeşim hem de ayırım geçerliliğinin sağlanması gerekmektedir (Altunışık vd., 2012: 124).

Benzeşim geçerliliğini değerlendirmek için “aynı boyutu ölçen her bir gözlenen değişkenin (ifadenin) bağlı olduğu boyut ile olan ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgular tüm yapılara ait faktör yüklerinin, benzeşim geçerliliğinin kanıtlarını gösteren 0,50’nin üzerinde olup olmadığı incelenmiştir (Hair vd., 2010: 710).

Bu çalışmada benzeşim geçerliliği, CR ve AVE değerleri dikkate alınarak test edilmiştir. Benzeşim geçerliliğinin sağlanması için “*AVE değerlerinin 0,50’nin üzerinde ($AVE > 0,50$) ve bütün CR değerlerinin de AVE değerlerinden daha yüksek olması ($CR > AVE$)*” gerekmektedir (Hair vd., 2010). Ayırım geçerliliği için ise “*Her bir yapının AVE değerinin karekökü, her bir yapının diğer yapılarla olan korelasyonlarından daha büyük olması*” gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981).

Tablo 8’de süreç kalitesine değişkenlerin güvenilirlik analizine ait sonuçlar yer almaktadır. CR ve Cronbach Alpha’ya ilişkin değerler 0,70’den büyük bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar modelde yer alan tüm gizil yapılar için güvenilirliğin sağlandığını göstermektedir. Ayrıca elde edilen bulgular, bütün gizil değişkenlere ait AVE

değerlerinin 0,50'nin üzerinde olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda modelde yer alan bütün gizil yapılar için güvenilirlik sağlanmıştır (Hair vd., 2010).

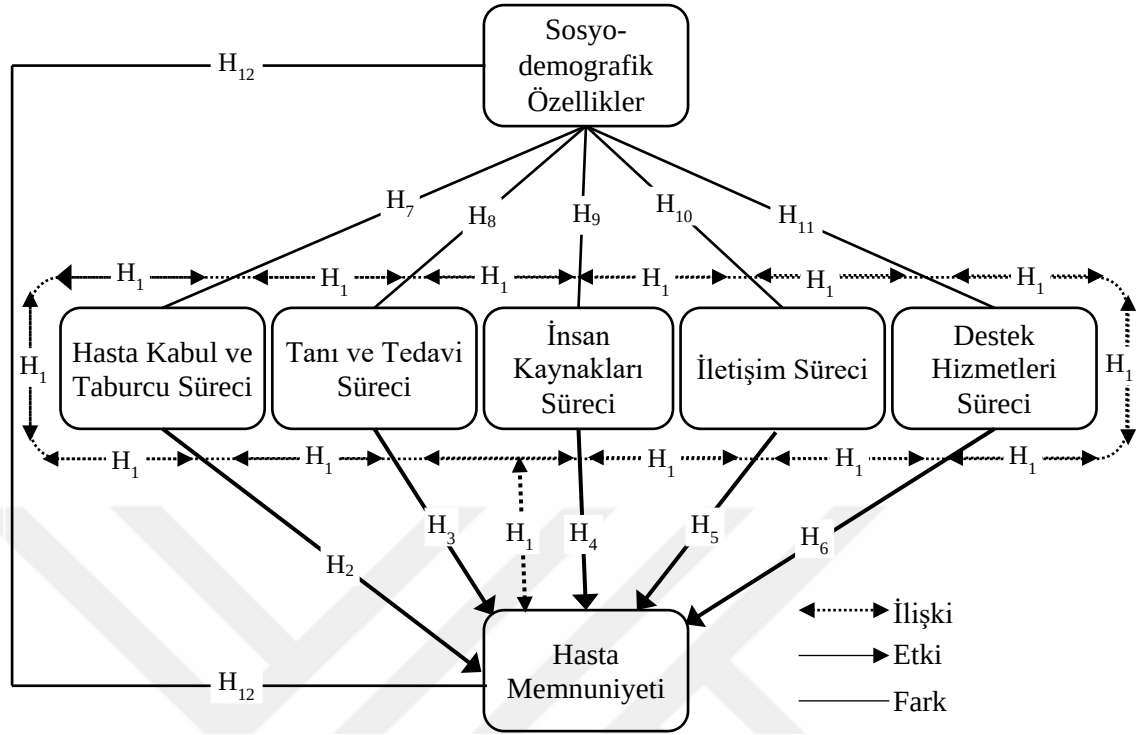
Tablo 8: Araştırmada Kullanılan Modeli Oluşturan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Bulguları

Boyutlar	Cronbach Alpha	CR	AVE
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	0,962	0,978	0,800
Tanı ve Tedavi Süreci	0,960	0,973	0,737
İnsan Kaynakları Süreci	0,953	0,967	0,759
İletişim Süreci	0,955	0,980	0,792
Destek Hizmetleri Süreci	0,948	0,971	0,618
Hasta Memnuniyeti Ölçeği	0,962	0,962	0,855

2.6. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın önemli kısıtlarından biri, sadece Marmara Bölgesi'nde yer alan altı büyükşehir ile sınırlı olmasıdır. Örneklem seçilirken söz konusu 6 büyükşehirin sadece nüfuslarının dikkate alınıp katılımcıların diğer özelliklerinin dikkate alınmaması araştırmanın diğer bir kısıtını oluşturmaktadır. Ayrıca zaman ve maddi kaynakların sınırlı olması çalışmanın daha geniş bir örnekleme yapılamamasına neden olmuştur. Diğer taraftan araştırmada olasılığa dayalı olmayan örnekleme tekniklerinde kota örnekleme tekniğinin kullanılması sonuçlarının genellemesine imkan vermemektedir.

2.7. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri



Şekil 3: Araştırma Modeli

Şekil 3'te yer alan model dikkate alınarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H1: Hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci, iletişim süreci, destek hizmetleri süreci ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Hasta kabul ve taburcu sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H3: Tanı ve tedavi sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H4: İnsan kaynakları sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H5: İletişim sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H6: Destek hizmetleri sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H7: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta kabul ve taburcu sürecinde anlamlı fark vardır.

H8: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tanı ve tedavi sürecinde anlamlı fark vardır.

H₉: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre insan kaynakları sürecinde anlamlı fark vardır.

H₁₀: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre iletişim sürecinde anlamlı fark vardır.

H₁₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre destek hizmetleri sürecinde anlamlı fark vardır.

H₁₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta memnuniyetinde anlamlı fark vardır.

2.8. Bulgular

Çalışmanın bu kısmında analizler sonucunda ulaşılan bulgular yer almaktadır.

2.8.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler Tablo 9’da sunulmaktadır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre cinsiyet açısından erkek katılımcıların ağırlıkta olduğu (% 59,44) görülmektedir. Medeni duruma bakıldığında evli olan katılımcıların (% 66,20) bekar olan katılımcılara oranla yaklaşık 2 katı olduğunu dile getirmek mümkündür. Yaşa yönelik cevaplar dikkate alındığında dağılımın heterojen olduğunu ifade etmek mümkündür. Katılımcıların %26,18 ile en yoğun olduğu 28-35 yaş grubu iken katılımcıların en az olduğu %17,17 ile ≥ 56 yaş grubu olduğu görülmektedir. Katılımcıların, %24,36, lise mezunu iken ilkokul (%7,9) ve ortaokul (%8) mezunlarının sayısı neredeyse birbirine eşittir. Üniversite mezunu olan katılımcılar (%45,6) arasında lisans mezunları (%27,4) ön lisans (%10,4) mezunlarından görece yüksektir. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan bireylerin oranı ise bu grupta yer alan kategorilerde en düşük katılımcı oranına (%7,8) sahiptir. Aylık ortalama kişisel gelire ait dağılım incelendiğinde, 1500 TL ve altında aylık gelire sahip olan katılımcılar (%36,8) çoğunlukta iken 1501-2500 TL arasında aylık gelire sahip olan katılımcılar (%22,2) ikinci sırada, 2501-3500 TL arasında aylık gelire sahip olan katılımcılar ise (%17,5) üçüncü sırada yer almaktadır. 5501-6500 TL ile 7501 TL ve üzerinde bir gelire sahip olan katılımcıların oranları neredeyse birbirine eşit iken 6501- 7500 TL aylık gelire sahip olan katılımcıların ise örneklemdaki en düşük temsil oranına sahip olduğu görülmektedir. Yaş grubuna ait dağılım incelendiğinde, 18-25 ve 26-45 yaş aralığındaki katılımcıların ön planda

olduğunu ifade etmek mümkündür. 35-45 yaş aralığındaki katılımcılar (%16,2) ile 55 ve üzerindeki bir yaşa sahip olan katılımcıların (%17,5) oranı birbirine oldukça yakındır. Katılımcıların yaşadıkları yere ait bulgular ise katılımcıların %33,4’ü Sakarya’da, %18,6’sı İstanbul’da ve %8,3’ünün İzmir’de yaşadığı görülmektedir. Ayrıca katılımcılar arasında Ankara, Bursa, Eskişehir gibi büyükşehirlerde yaşayanlar da yer almaktadır. “Diğer” kategorisinde yer alan katılımcıların yaşadıkları şehirlerin arasında ise Yalova, Düzce, Bolu, Bilecik, Antalya, Sivas, Samsun, Adana, Şanlıurfa, Gaziantep, Muğla, Rize ve Edirne yer almıştır.

Katılımcıların hizmet aldıkları hastane türüne ilişkin bulgular incelendiğinde %53,43’ü kamu %46,57’sinin özel hastaneden hizmet aldıklarını göstermektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellik	Seçenek	f	%
Cinsiyet	Kadın	378	40,56
	Erkek	554	59,44
Medeni durum	Bekar	315	33,80
	Evli	617	66,20
Yaş	≤25	175	18,78
	26-35	244	26,18
	36-45	227	24,36
	46-55	126	13,52
	≥56	160	17,17
Gelir	≤2800 TL	279	29,94
	2801-3200 TL	100	10,73
	3201-4600 TL	163	17,49
	≥4601 TL	202	21,67
	Toplam	744	79,83
	Cevapsız	188	20,17
Eğitim	İlkokul	113	12,12
	Ortaokul	146	15,67
	Lise	313	33,58
	Önlisans	120	12,88
	Lisans	195	20,92
	Lisansüstü	45	4,83
Hizmet alınan hastane türü	Kamu	498	53,43
	Özel	434	46,57
Toplam		932	100

2.8.2. Süreç Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Hasta memnuniyeti ve süreç kalitesine ilişkin verilerden elde edilen bulgular Tablo 10’da görülmektedir. Çalışmadan elde edilen verilerin korelasyon analizi sonuçlarına göre hasta memnuniyeti ile süreç kalitesi arasında yüksek seviyede ($r=0,824$) arasında yüksek seviyede ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Benzer şekilde hasta memnuniyeti ile Hasta Kabul ve Taburcu Süreci ($r=0,671$), Tanı ve Tedavi Süreci ($r=0,738$), İnsan Kaynakları Süreci ($r=0,632$), İletişim Süreci ($r=0,718$) ve Destek Hizmetleri Süreci ($r=0,728$)’nde de oratnın üzerinde veya daha yüksek ilişkiler olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Süreç kalitesi ile alt boyutlarını oluşturan Hasta Kabul ve Taburcu Süreci ($r=0,850$), Tanı ve Tedavi Süreci ($r=0,892$), İnsan Kaynakları Yönetimi Süreci ($r=0,814$), İletişim Süreci ($r=0,871$) ve Destek Hizmetleri Süreci ($r=0,838$) arasında da güçlü ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Ayrıca, Süreç Kalitesinin beş boyutu arasında da pozitif yönlü ve orta ve üzerinde ilişkiler bulunmaktadır. Boyutlar arası ilişkilerde korelasyon değerleri 0,512 ile 0,812 arasında değişmektedir. Beş boyut arasında, ilişkilerin korelasyon değeri en yüksek olan iki boyut tanı ve tedavi süreci ile insan kaynakları yönetimi süreci ($r=0,812$) boyutudur ($p<0,001$). Korelasyon değeri en düşük olan iki boyut ise hasta kabul ve taburcu süreci ile destek hizmetleri süreci ($r=0,512$) boyutudur ($p<0,001$). Buradan hareketle beş boyut arasındaki ilişkinin iyi seviyede olduğunu ifade etmek mümkündür.

Süreç kalitesini oluşturan alt boyutlardan hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri süreci ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır H1 hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 10: Hasta Memnuniyeti ile Süreç Kalitesi Arasındaki İlişki

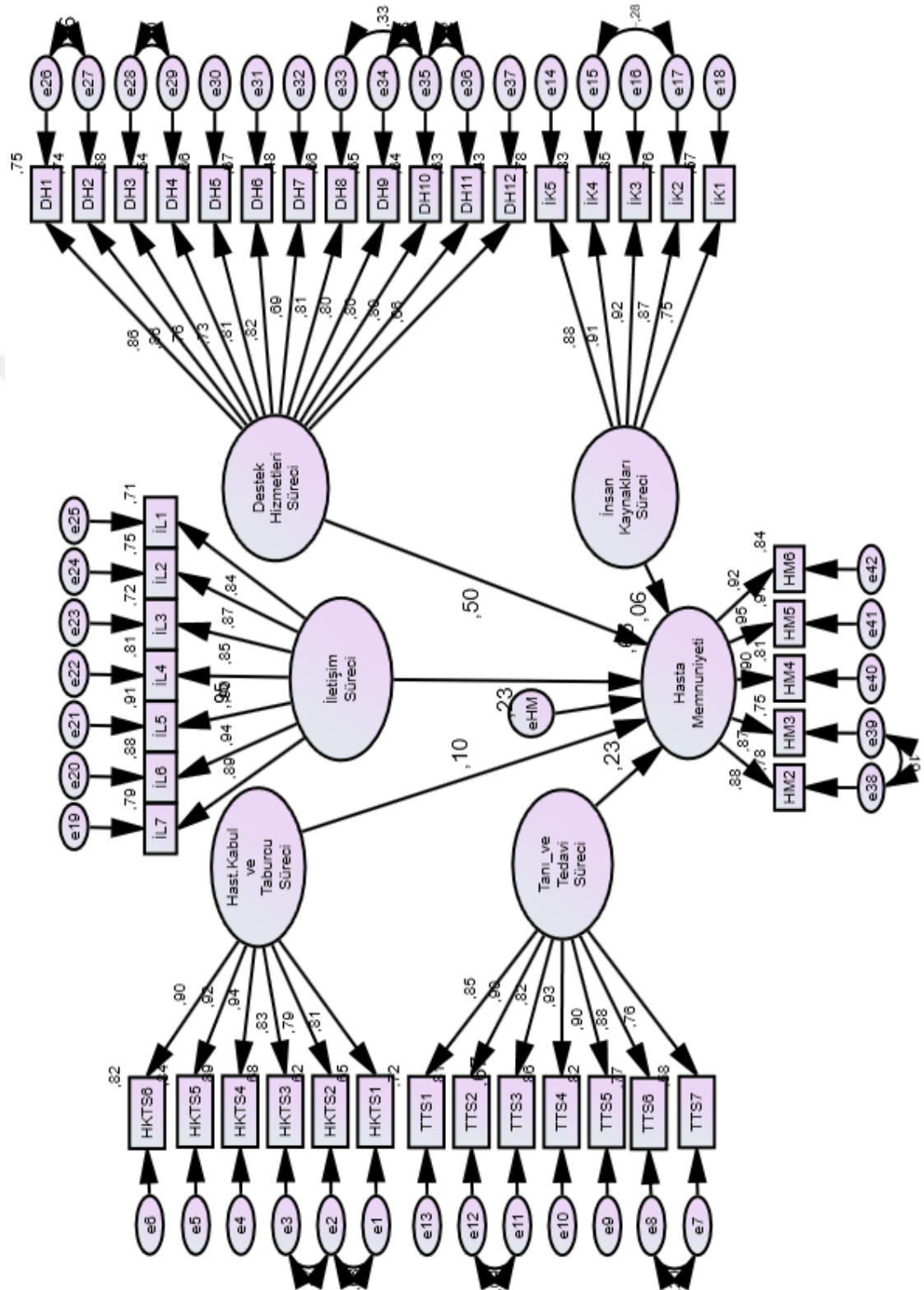
Ölçek/Boyut	1	2	3	4	5	6
1. Hasta Memnuniyeti	1					
2. Süreç Kalitesi	,824**	1				
3. Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	,671**	,850**	1			
4. Tanı ve Tedavi Süreci	,738**	,892**	,733**	1		
5. İnsan Kaynakları Süreci	,632**	,814**	,649**	,700**	1	
6. İletişim Süreci	,718**	,871**	,711**	,758**	,733**	1
7. Destek Hizmetleri Süreci	,728**	,838**	,582**	,676**	,550**	,584**

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

2.8.3. Süreç Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi

Süreç kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi yapısal eşitlik modelinden yararlanılarak analiz edilmiştir. Yapısal eşitlik modelin tercih edilmesinin sebebi analizde gizil değişkenleri de dikkate almasıdır. Araştırma modeline ait Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) sonuçları Şekil 4’te yer almaktadır.





Şekil 4: Yapısal Eşitlik Modeli Sonuçları

Yapısal eşitlik modelinin uyum indeksleri ise Tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11: Yapısal Eşitlik Modeline Ait Uyum İyiliği İndisleri

Uyum İyiliği İndisleri								
CMIN/DF	p	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI (NNFI)	CFI	RMSEA
4,540	0,000	0,858	0,833	0,932	0,946	0,939	0,946	0,062

Kaynak: Karagöz, 2017

Yapısal eşitlik modeline ait uyum indisleri incelendiğinde sonuçların kabul edilebilir düzeyde olduğu ve modelin veriye iyi uyum sağladığı görülmektedir. Yapısal eşitlik modelinde yer alan değişkenlerin tahmin edilen regresyon katsayıları, açıklayıcılıkları ve anlamlılık düzeyleri Tablo 12’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde görüleceği gibi, hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, destek hizmetleri sürecinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi ve iletişim sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Buna karşılık, insan kaynakları sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bu bulgulardan hareket ederek, H₂, H₃, H₅ ve H₆ kabul edilmiş olup; H₄ Hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 12: Yapısal Eşitlik Modeli Tahminlerine İlişkin Sonuçlar

Değişkenler Arasındaki İlişkiler			Std. Reg. Katsayısı	Std. Hata	C.R.*	p	Hipotezler
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	→	Hasta Memnuniyeti	,099	,035	3,057	,002	H2: Kabul
Tanı ve Tedavi Süreci	→	Hasta Memnuniyeti	,235	,049	5,478	***	H3: Kabul
İnsan Kaynakları Süreci	→	Hasta Memnuniyeti	,059	,037	1,605	,108	H4: Ret
İletişim Süreci	→	Hasta Memnuniyeti	,230	,041	5,554	***	H5: Kabul
Destek Hizmetleri Süreci	→	Hasta Memnuniyeti	,498	,032	14,310	***	H6: Kabul

*Critical Ratio

2.8.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yapılan Fark Analizleri

Katılımcıların süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetine verdikleri cevapların ortalamalarının cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Bağımsız Örneklem t-Testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 13’de sunulmaktadır. Tabloda görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyetlerine göre, hasta kabul ve taburcu sürecinde istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kadın katılımcılar hasta kabul ve taburcu sürecinin kalitesini erkek katılımcılardan daha yüksek

bulmaktadır. Süreç kalitesinin diğer boyutları ve hasta memnuniyetinde ise cinsiyet bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyete göre sadece hasta kabul ve taburcu sürecinde anlamlı farklılık vardır. Bu sebeple H_7 hipotezi hasta kabul ve taburcu süreci için cinsiyet bakımından kabul edilmektedir. Diğer boyutlar ve hasta memnuniyetinde cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmadığı için H_8 , H_9 , H_{10} , H_{11} ve H_{12} hipotezleri reddedilmektedir.

Tablo 13: Katılımcıların Cinsiyetine Göre Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	n	Ort.	Std. Sapma	t	p
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	Kadın	378	3,40	1,000	2,035	0,042
	Erkek	554	3,26	1,035		
Tanı ve Tedavi Süreci	Kadın	378	3,35	0,913	0,875	0,382
	Erkek	554	3,30	0,854		
İnsan Kaynakları Süreci	Kadın	378	3,60	0,870	0,191	0,849
	Erkek	554	3,59	0,872		
İletişim Süreci	Kadın	378	3,48	0,906	0,954	0,340
	Erkek	554	3,42	0,921		
Destek Hizmetleri Süreci	Kadın	378	3,36	0,832	1,739	0,082
	Erkek	554	3,26	0,850		
Hasta Memnuniyeti	Kadın	378	3,17	0,874	0,693	0,489
	Erkek	554	3,13	0,851		

Katılımcıların medeni durumlarına göre süreç kalitesinin boyutları ve hasta memnuniyetinde anlamlı fark olup olmadığını gösteren bulgular Tablo 14'te görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, katılımcıların medeni durumlarına göre süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetinde anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden medeni duruma göre süreç kalitesinin alt boyutlarının tamamı ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklılık bulunmadığı için H_7 , H_8 , H_9 , H_{10} , H_{11} ve H_{12} hipotezleri reddedilmektedir.

Tablo 14: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Medeni Durum	n	Ort.	Std. Sapma	t	p
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	Bekar	315	3,40	0,964	1,823	0,069
	Evli	617	3,28	1,050		
Tanı ve Tedavi Süreci	Bekar	315	3,32	0,859	0,008	0,994
	Evli	617	3,32	0,889		
İnsan Kaynakları Süreci	Bekar	315	3,61	0,854	0,581	0,561
	Evli	617	3,58	0,879		
İletişim Süreci	Bekar	315	3,51	0,898	1,535	0,125
	Evli	617	3,41	0,922		
Destek Hizmetleri Süreci	Bekar	315	3,29	0,846	-0,138	0,890
	Evli	617	3,30	0,843		
Hasta Memnuniyeti	Bekar	315	3,18	0,828	0,727	0,468
	Evli	617	3,13	0,876		

Katılımcıların süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetine verdikleri cevapların ortalamalarının hastane türü açısından farklılık gösterip göstermediğini incelenmiştir. Elde edilen bulgular süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetine verilen cevapların ortalamalarının hastane türü açısından farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır ($p>0,05$). Bulgular Tablo 15’te sunulmaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden hastane türüne göre süreç kalitesinin alt boyutlarının tamamı ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklılık bulunmadığı için H₇, H₈, H₉, H₁₀, H₁₁ ve H₁₂ hipotezleri reddedilmektedir.

Tablo 15: Katılımcıların Hastane Türüne Göre Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Hastane Türü	n	Ort.	S.S.	t	p
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	Kamu	498	3,36	1,028	1,470	0,142
	Özel	434	3,27	1,015		
Tanı ve Tedavi Süreci	Kamu	498	3,35	0,883	1,291	0,197
	Özel	434	3,28	0,873		
İnsan Kaynakları Süreci	Kamu	498	3,60	0,890	0,316	0,752
	Özel	434	3,58	0,848		
İletişim Süreci	Kamu	498	3,45	0,913	0,111	0,912
	Özel	434	3,44	0,917		
Destek Hizmetleri Süreci	Kamu	498	3,32	0,850	0,891	0,373
	Özel	434	3,27	0,837		
Hasta Memnuniyeti	Kamu	498	3,19	0,846	1,500	0,134
	Özel	434	3,10	0,875		

Katılımcıların süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetine verdikleri cevapların ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 16’da sunulmuştur. Bulgular incelendiğinde görüleceği gibi, eğitim durumuna göre süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Süreç Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarında yer alan hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci ve iletişim sürecinde fark, ortaokul mezunları ($3,16\pm0,929$) ile lisans ($3,56\pm0,921$) ve lisansüstü ($3,67\pm1,099$) düzeyde eğitim alanlar ile lise ($3,16\pm1,124$) düzeyinde eğitim alanlar ile ($3,56\pm0,921$) ve lisansüstü ($3,67\pm1,099$) düzeyde eğitim alanlardan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Destek hizmetleri sürecindeki fark, ortaokul mezunları ($3,11\pm0,770$) ile önlisans ($3,43\pm0,781$) ve lisans ($3,54\pm0,873$) düzeyde eğitim alanlar ile lise ($3,15\pm0,837$) düzeyinde eğitim alanlar ile önlisans ($3,43\pm0,781$) ve lisans ($3,54\pm0,873$) düzeyinde eğitim alanlardan kaynaklanmaktadır. Hasta memnuniyetine verilen cevaplar dikkate alındığında ise fark, lise ($2,98\pm0,905$) düzeyinde eğitim alanlar ile lisans ($3,29\pm0,882$) düzeyinde eğitim alanlardan kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden eğitim durumuna göre süreç kalitesinin alt boyutlarının tamamı ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklılık olduğu için H_7 , H_8 , H_9 , H_{10} , H_{11} ve H_{12} hipotezleri kabul edilmektedir.

Tablo 16: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Eğitim Türü*	n	Ort.	Std. Sapma	F	p	Post Hoc
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	İlkokul ¹	113	3,36	0,859	5,643	0,000	2-5 p=0,004 2-6 p=0,032 3-5 p=0,000 3-6 p=0,019
	Ortaokul ²	146	3,16	0,929			
	Lise ³	313	3,16	1,124			
	Önlisans ⁴	120	3,37	1,028			
	Lisans ⁵	195	3,56	0,921			
	Lisansüstü ⁶	45	3,67	1,099			
Tanı ve Tedavi Süreci	İlkokul ¹	113	3,30	0,804	6,366	0,000	2-5 p=0,001 2-6 p=0,014 3-5 p=0,000 3-6 p=0,017
	Ortaokul ²	146	3,14	0,748			
	Lise ³	313	3,19	0,951			
	Önlisans ⁴	120	3,45	0,834			
	Lisans ⁵	195	3,52	0,864			
	Lisansüstü ⁶	45	3,63	0,841			

Tablo 16'nın devamı

İnsan Kaynakları Süreci	İlkokul ¹	113	3,56	0,728	5,527	0,000	2-5 p=0,003 2-6 p=0,002 3-5 p=0,007 3-6 p=0,006
	Ortaokul ²	146	3,42	0,798			
	Lise ³	313	3,49	0,940			
	Önlisans ⁴	120	3,66	0,932			
	Lisans ⁵	195	3,77	0,789			
	Lisansüstü ⁶	45	3,97	0,873			
İletişim Süreci	İlkokul ¹	113	3,51	0,784	7,914	0,000	2-5 p=0,002 2-6 p=0,042 3-5 p=0,000 3-6 p=0,006
	Ortaokul ²	146	3,31	0,835			
	Lise ³	313	3,25	0,998			
	Önlisans ⁴	120	3,56	0,934			
	Lisans ⁵	195	3,68	0,819			
	Lisansüstü ⁶	45	3,75	0,860			
Destek Hizmetleri Süreci	İlkokul ¹	113	3,36	0,759	7,724	0,000	2-4 p=0,022 2-5 p=0,000 3-4 p=0,026 3-5 p=0,000
	Ortaokul ²	146	3,11	0,770			
	Lise ³	313	3,15	0,837			
	Önlisans ⁴	120	3,43	0,781			
	Lisans ⁵	195	3,54	0,873			
	Lisansüstü ⁶	45	3,42	1,031			
Hasta Memnuniyeti	İlkokul ¹	113	3,32	0,770	4,697	0,000	3-5 p=0,001
	Ortaokul ²	146	3,10	0,774			
	Lise ³	313	2,98	0,905			
	Önlisans ⁴	120	3,20	0,805			
	Lisans ⁵	195	3,29	0,882			
	Lisansüstü ⁶	45	3,24	0,887			

*Eğitim durumunun sağ üst köşesinde yer alan rakamlar ilgili kategoriye temsil etmektedir.

Katılımcıların süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetine verdikleri cevapların ortalamalarının yaş açısından farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bulgular Tablo 17'de yer almaktadır. Bulgular destek hizmetleri süreci dışındaki ($p>0,05$) diğer boyutlarda ve hasta memnuniyetine verilen cevapların ortalamalarının yaşa göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hasta kabul ve tedavi süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci ve iletişim süreci boyutları ayrı ayrı incelendiğinde ≤ 25 ile ≥ 56 , 26-35 ile ≥ 56 , 36-45 ile ≥ 56 ve 46-55 ile ≥ 56 yaş grubuna sahip katılımcıların verdikleri cevaplar arasında farklılık ortaya çıkmıştır. Hasta memnuniyetine verilen cevaplarda ise ≤ 25 ile ≥ 56 , 36-45 ile ≥ 56 ve 46-55 ile ≥ 56 yaş grubuna sahip olan katılımcıların cevapları arasında farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden yaşa göre süreç kalitesinin alt boyutlarının tamamı ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklılık olduğu için H₇, H₈, H₉, H₁₀ ve H₁₂ hipotezleri kabul edilmektedir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyete göre sadece destek hizmetleri sürecinde anlamlı farklılık bulunmadığı için H₁₁ hipotezi reddedilmektedir.

Tablo 17: Katılımcıların Yaşına Göre Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Yaş*	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	≤25 ¹	175	3,50	0,934	11,788	0,000	
	26-35 ²	244	3,36	1,032			1-5 p=0,000
	36-45 ³	227	3,45	0,917			2-5 p=0,000
	46-55 ⁴	126	3,38	0,962			3-5 p=0,000
	≥56 ⁵	160	2,84	1,151			4-5 p=0,000
Tanı ve Tedavi Süreci	≤25 ¹	175	3,36	0,822	6,528	0,000	
	26-35 ²	244	3,36	0,937			1-5 p=0,002
	36-45 ³	227	3,42	0,779			2-5 p=0,001
	46-55 ⁴	126	3,39	0,822			3-5 p=0,000
	≥56 ⁵	160	3,00	0,960			4-5 p=0,002
İnsan Kaynakları Süreci	≤25 ¹	175	3,62	0,880	5,512	0,000	
	26-35 ²	244	3,62	0,852			1-5 p=0,010
	36-45 ³	227	3,70	0,822			2-5 p=0,005
	46-55 ⁴	126	3,66	0,831			3-5 p=0,000
	≥56 ⁵	160	3,31	0,935			4-5 p=0,007
İletişim Süreci	≤25 ¹	175	3,49	0,912	5,245	0,000	
	26-35 ²	244	3,50	0,889			1-5 p=0,006
	36-45 ³	227	3,55	0,828			2-5 p=0,000
	46-55 ⁴	126	3,45	0,841			3-5 p=0,001
	≥56 ⁵	160	3,15	1,069			4-5 p=0,049
	Toplam	932	3,44	0,915			
Destek Hizmetleri Süreci	≤25 ¹	175	3,38	0,786	1,149	0,332	
	26-35 ²	244	3,27	0,908			
	36-45 ³	227	3,34	0,848			
	46-55 ⁴	126	3,29	0,837			
	≥56 ⁵	160	3,20	0,799			
Hasta Memnuniyeti	≤25 ¹	175	3,31	0,798	5,371	0,000	
	26-35 ²	244	3,07	0,852			1-5 p=0,001
	36-45 ³	227	3,19	0,849			3-5 p=0,029
	46-55 ⁴	126	3,26	0,820			4-5 p=0,011
	≥56 ⁵	160	2,93	0,936			

*Yaş gruplarının sağ üst köşesinde yer alan rakamlar ilgili kategoriye temsil etmektedir.

Katılımcıların süreç kalitesi boyutları ve hasta memnuniyetine verdikleri cevapların ortalamalarının aylık gelire göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bulgular Tablo 18’de sunulmaktadır. Elde edilen bulgular süreç kalitesi boyutları ve hasta

memnuniyetine verilen cevapların ortalamalarının aylık gelire göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır ($p<0,05$). Süreç kalitesi boyutlarında farkın kaynağı ayrı ayrı incelendiğinde tanı ve tedavi süreci ve iletişim süreci boyutlarında ≤ 2800 TL ile ≥ 4601 TL, 2801-3200 TL ile ≥ 4601 TL ve 3201-4600 TL ile ≥ 4601 TL aylık gelire sahip katılımcıların verdiği cevaplar arasında farklılık bulunmaktadır. Hasta kabul ve taburcu sürecinde ≤ 2800 TL ile ≥ 4601 TL, 2801-3200 TL ile ≥ 4601 TL, 3201-4600 TL ile ≥ 4601 TL ve 2801-3200 TL ile 3201-4600 TL aylık gelire sahip katılımcıların verdiği cevaplar arasında farklılık ortaya çıkmıştır. İletişim süreci boyutu incelendiğinde farkın ≤ 2800 TL ile ≥ 4601 TL ve 2801-3200 TL aylık gelire sahip katılımcıların verdiği cevaplardan kaynaklandığı bulunmuştur. Destek hizmetleri sürecinde ise 2801-3200 TL ile ≥ 4601 TL ve 3201-4600 TL ile ≥ 4601 TL aylık gelire sahip katılımcıların verdiği cevapların ortalamaları farklılığa sebep olmuştur. Hasta memnuniyetine verilen cevaplar incelendiğinde 2801-3200 TL ile ≥ 4601 TL ve 3201-4600 TL ile ≥ 4601 TL aylık gelire sahip olan katılımcıların cevapları arasında farklılık olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden aylık gelir durumuna göre süreç kalitesinin alt boyutlarının tamamı ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklılık olduğu için H_7 , H_8 , H_9 , H_{10} , H_{11} ve H_{12} hipotezleri kabul edilmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların Aylık Gelirine Göre Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Aylık Gelir*	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	≤ 2800 TL ¹	279	3,15	1,089	9,618	0,000	1-4 p=0,000
	2801-3200 TL ²	100	2,92	1,062			2-4 p=0,009
	3201-4600 TL ³	163	3,34	1,011			2-3 p=0,000
	≥ 4601 TL ⁴	202	3,54	1,008			3-4 p=0,009
Tanı ve Tedavi Süreci	≤ 2800 TL ¹	279	3,25	0,933	7,428	0,000	1-4 p=0,001
	2801-3200 TL ²	100	3,14	0,965			2-4 p=0,001
	3201-4600 TL ³	163	3,26	0,868			3-4 p=0,006
	≥ 4601 TL ⁴	202	3,57	0,807			
İnsan Kaynakları Süreci	≤ 2800 TL ¹	279	3,46	0,889	7,855	0,000	1-4 p=0,000
	2801-3200 TL ²	100	3,41	0,881			2-4 p=0,001
	3201-4600 TL ³	163	3,59	0,889			
	≥ 4601 TL ⁴	202	3,82	0,903			
İletişim Süreci	≤ 2800 TL ¹	279	3,38	0,932	8,321	0,000	1-4 p=0,001
	2801-3200 TL ²	100	3,19	0,993			2-4 p=0,000
	3201-4600 TL ³	163	3,36	0,946			3-4 p=0,004
	≥ 4601 TL ⁴	202	3,69	0,882			
	≤ 2800 TL ¹	279	3,31	0,792	5,229	0,001	2-4 p=0,014
	2801-3200 TL ²	100	3,19	0,847			3-4 p=0,002
	3201-4600 TL ³	163	3,19	0,893			

Tablo 18'in devamı

Destek Hizmetleri Süreci	≥ 4601 TL ⁴	202	3,50	0,845				
	≤ 2800 TL ¹	279	3,14	0,872				
Hasta	2801-3200 TL ²	100	3,00	0,823	6,163	0,000	2-4	p=0,011
Memnuniyeti	3201-4600 TL ³	163	2,96	0,918			3-4	p=0,001
	≥ 4601 TL ⁴	202	3,32	0,858				

*Aylık gelirin sağ üst köşesinde yer alan rakamlar ilgili kategoriye temsil etmektedir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu araştırma sağlık kurumlarındaki süreç kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Buradan hareketle süreç kalitesini oluşturan boyutların hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, çalışmaya katılan hastaların memnuniyet düzeyleri ile hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri süreçlerine katılımlarının ortalamaları orta düzeyde bulunmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlarına göre, hasta memnuniyeti puanlarının ortalaması (3,15) olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde bu çalışma ile benzer sonuçlara rastlanmaktadır (Cihangiroğlu ve Uzuntarla, 2016; Öztürk, 2016; Erdem vd., 2015; Önsüz ve Topuzoğlu, 2008 ve Tükel vd., 2004). Bu çalışmalar ile birlikte bu çalışmanın sonuçlarına göre daha yüksek hasta memnuniyeti ortalamalarına sahip çalışmalar da yer almaktadır (Yıldız, 2018; Şişe ve Altınel, 2012 ve Zaim ve Tarım 2010).

Çalışmada geliştirilen Süreç Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bu ilişki, tanı ve tedavi süreci ile insan kaynakları süreci, tanı ve tedavi süreci ile iletişim süreci, insan kaynakları süreci ile iletişim süreci, hasta kabul ve taburcu süreci ile tanı ve tedavi süreci ve hasta kabul ve taburcu süreci ile iletişim süreci arasında yüksek düzeydedir. Hasta kabul ve taburcu süreci ile insan kaynakları süreci, tanı ve tedavi süreci ile destek hizmetleri süreci, iletişim süreci ile destek hizmetleri süreci, insan kaynakları süreci ile destek hizmetleri süreci ve hasta kabul ve taburcu süreci ile destek hizmetleri süreci arasında ise orta düzeyde (0,30-0,70) (Köklü, Büyüköztürk ve Coklu, 2006) ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçların, çalışmada geliştirilen ölçeğin işlevsel olarak uygun olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında sayılan hasta kabul ve taburculuk hizmetleri, sağlık personeli hasta ilişkisi, tedavi süreçleri, iletişim, fiziksel özellikler, bürokrasi vs. (Şişe ve Altınel, 2012) çalışmada kullanılan süreç kalitesi ölçeğinin kapsamında da bulunmaktadır. Bu kapsamda öncelikle ölçeğin alt boyutları ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin düzeyi ortaya konulmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, hasta memnuniyeti ile hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri süreci arasında

oldukça yüksek düzeyde ilişki bulunmaktadır. Bu durum hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesinin hasta memnuniyetinde de olumlu gelişmeler sağlaması bakımından önemli bulunmaktadır.

Çalışmada YEM analizinden yararlanılarak süreç kalitesinin memnuniyet üzerindeki etkisi ortaya konulmuştur. YEM analizi sonuçlarına göre, hasta kabul ve taburcu sürecinin, tanı ve tedavi sürecinin, iletişim sürecinin ve destek hizmetleri sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi vardır. Süreç Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından sadece insan kaynakları sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi yoktur. Hasta kabul ve taburcu süreci sağlık kurumlarında hizmetin başlangıç ve sonuç kısımlarını oluşturması bakımından buradaki memnuniyet önemli kabul edilmektedir. Hastaların hizmet noktasına erişimde ilk temas noktası olan bu süreçte yapılan işler arasında yer alan hastaların kurum içinde yönlendirilme ihtiyaçları, personelin kullandığı jest ve mimikler ve işlem hızı gibi birçok faktör memnuniyeti etkilemektedir (Yüksel, 2015). Bu durumun hasta kabul işlemleri yapan sağlık personelinin güler yüzlü ve yardımsever olması ilk algıyı oluşturma bakımından önem arz etmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarını destekler mahiyette Hussain ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada, hasta kabul işlemleri ve yönlendirme hizmetlerinin hasta memnuniyetini etkilediği bulunmuştur. Benzer şekilde Johnson, Russel ve White (2016) tarafından yapılan çalışmada da hasta işlemleri ve idari süreçlerin hasta memnuniyetini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmanın bir diğer sonucuna göre, tanı ve tedavi süreci hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Sağlık hizmeti sunumunda temel problemlerden biri hizmet sunucu ile hizmet alıcılar arasındaki bilgi asimetrisidir. Hizmet sunucuları çok ciddi uzmanlık bilgisine sahip olmalarına karşılık, hizmet alan grubu oluşturan hastalar bu konuda oldukça yetersiz kalmaktadır. Sağlık durumları, tedavi süreçleri ve test prosedürleri hakkında sağlık personelinin açıklayıcı bilgi almaları hastaları rahatlatmaktadır (Atay, 2019). Ayrıca, teknik anlamda değerlendiremediği hizmetler hakkında duyduğu çaresizliği gidermek ihtiyacı hisseden hastalar, kendilerine şefkat ve nezaket gösterilmesini, arkadaşça davranılmasını ve saygı duyulmasını beklemektedirler (Mosadeghrad, 2013). Bu beklentinin karşılanması ise memnuniyetle sonuçlanmaktadır. Hussain ve arkadaşları (2019) ile Atay (2019) tarafından yapılan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

İnsan kaynakları süreci hasta memnuniyetine olumlu etkisi bulunmamaktadır. Türkiye’de (TÜİK, (2018) verilerine göre hekim başına düşen hasta sayısı 5110) sağlık insan gücünün oldukça sınırlı olması ve çalışmanın pandemi sürecinde yapılması sebebiyle hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hastalarla iletişimin kısıtlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde Johnson, Russel ve White (2016) tarafından yapılan çalışmada, öne sürülen hipotezin sonucu ile bu çalışmanın sonucu benzerlik göstermektedir. Bu sebeple bu çalışmayı desteklemektedir. Diğer taraftan literatürde yer alan birçok çalışmanın (Aslan, 2020; Hussain vd., 2019; Atay, 2019; Meesala ve Paul, 2018; Aliman ve Mohamad, 2016 ve Ekinci, 2015) sonuçları bu çalışmanın sonuçlarını desteklememektedir. Buradan hareketle literatürde ortak bir konsensus bulunmamaktadır.

Çalışmada iletişim sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide, hasta zayıf tarafı temsil etmektedir ve hekim her anlamda yetki sahibidir (Kılıçarslan ve Kaptanoğlu, 2019). Asimetrik bilginin yanı sıra doktorun iletişim sırasında tıbbi terimleri kullanarak hastalarına açıklama yapmaları gibi nedenler hastaların iletişim sürecinde etkin hale gelmesine engel olmakta ve doktorlarına soru sormalarını daha da güç hale getirmektedir (Uludağ ve Zengin, 2016). Bu kapsamda doktorların hastalarla etkili iletişim kurması, tedavi ile ilgili detaylı açıklama yapması, hemşirelerin bakım planını anlaşılır şekilde açıklamaları ve hastaların doktor ve hemşirelere rahat soru sorabilmeleri memnuniyeti doğrudan etkileyen faktörler olarak düşünülmektedir. Nihayet, Mitchell (2015) tarafından yapılan çalışmada doktor ve hemşirelerin hasta ile iletişiminin memnuniyeti olumlu yönde etkilediği ileri sürülmektedir. Bu sonuç çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmekle birlikte; Meesala ve Paul, (2018) ve Aliman ve Mohamad (2016) tarafından yapılan çalışmalarda iletişimin hasta memnuniyetini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte kültürel öğeler dikkate alındığında Türk toplumunun sözel iletişime oldukça önem vermesi sebebiyle bu tür farklılıkların olması normal karşılanmaktadır. Zira Batı toplumlarında sözel iletişim çok güçlü olmamasına karşılık Türk toplumunda daha güçlü olduğu aşıkardır (Çalışır, 2019).

Çalışmanın sonuçlarına göre destek hizmetleri sürecinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı etkisi vardır. Bu boyutun hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi diğer boyutlara oranla daha yüksek bulunmaktadır. Bu sonuçta hastaların destek hizmetlerine ilişkin hizmetleri daha kolay algılamalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Destek hizmetleri

bağlamında yapılan iş ve işlemlerin tamamı sağlık hizmetlerinin işlevsel kalite olarak değerlendirilebilecek kısmını oluşturmaktadır ve literatürde bu çalışmanın sonuçlarını destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Aslan, 2020; Hussain, 2019; Atay, 2019; Meesala ve Paul, 2018; Aliman ve Mohamad, 2016 ve Karaalp, 2014).

Çalışmanın sonuçlarına göre, hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri sürecinde ve hasta memnuniyetinde katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Başka bir ifade ile süreçlerin kalitesi ve hasta memnuniyetinde medeni durumlarına göre katılımcılar benzer görüşlere sahiptirler. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde (Bagarad, 2019; Yılmaz, 2019; Abut, 2018; Meesala ve Paul, 2018; Polat, 2018 ve Çelebi, 2015) bu çalışma ile benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Ancak bazı çalışmalarda (Özdemir, 2019; Araz, 2019; Atalay, 2019 ve Kayacan, 2015) medeni duruma göre anlamlı farklılık bulunduğu da görülmektedir. Fark bulunan çalışmalarda evli katılımcıların bekar katılımcılara oranla hizmetlerden memnuniyet seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre bazı çalışmalarda bu çalışmayla benzer sonuçlar bulunduğu tespit edilmesine karşılık; başka çalışmalar da farklılık bulunduğu söylenebilir.

Literatürde medeni duruma göre farklı boyutlarda farklı sonuçlara ulaşıldığı da görülmektedir. Yıldız (2018) tarafından yapılan çalışmada, iletişim süreci ve destek hizmetleri süreci boyutları kapsamında medeni durumun alınan hizmetlere göre anlamlı farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Gelmez'in (2016) çalışmasında ise tam tersi bir sonuç çıkmıştır. Yani iletişim süreci ve destek hizmetleri süreci boyutlarının medeni duruma göre alınan hizmetlerde anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Önder (2019) tarafından yapılan çalışmada, sadece destek hizmetleri süreci boyutunda medeni duruma göre anlamlı fark bulunmuştur. Özdemir'in (2019) çalışmasında ise insan kaynakları süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri süreci boyutlarında medeni durumun anlamlı etkisi olduğu bulunmaktadır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre elde edilen sonuçlara göre, sadece hasta kabul ve taburcu sürecinde anlamlı fark bulunmuştur. Hizmet kalitesi ölçeğinin diğer boyutları ile memnuniyette anlamlı fark bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde görüleceği gibi çok sayıda çalışma (Elezi, 2019; Atalay, 2019; Bagarad, 2019; Araz, 2019; Yılmaz, 2019;

Ekinci, 2015 ve Karaalp, 2014) bu çalışmanın cinsiyet değişkenine göre elde edilen sonuçlarını desteklemektedir. Yani genel olarak süreç kalitesi ve memnuniyette cinsiyet bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. Buna karşılık cinsiyet bakımından farklılık olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Yıldız, 2018; Abut, 2018; Kayacan, 2015 ve Rafii, Hajinezhad ve Haghani, 2009). Bu çalışmaların bazılarında erkek hastaların kadın hastalara oranla katılım seviyeleri daha yüksek bulunmasına karşılık; bazılarında ise kadın hastaların katılımları erkek hastalara göre yüksek bulunmaktadır (Arpacı, 2019 ve Meesala ve Paul, 2018). Bu sonuçların tamamı dikkate alındığında cinsiyet açısından fark olmadığını gösteren çalışmaların yanı sıra, fark olduğunu bulan çalışmalar da bulunduğunu; ancak bu çalışmalarda da cinsiyet bakımından hangi grubun daha fazla katılım gösterdiği konusunda konsensüs olmadığı söylenebilir.

Katılımcıların sosyo demografik özelliklerinden cinsiyete Süreç Kalitesi Ölçeğinde yer alan yalnızca hasta kabul ve taburcu sürecinde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Ancak literatürde farklı boyutlarda cinsiyete göre farklılık olan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Çelebi (2015) tarafından yapılan çalışmada, hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci ve iletişim süreci boyutlarında alınan hizmetlere cinsiyetin anlamlı farklılık bulunmamasına karşılık destek hizmetlerinde anlamlı fark bulunmaktadır. Büyükkaraman'ın (2014) yaptığı çalışmada ise bu çalışmada yer alan 5 boyut içerisinde sadece tanı ve tedavi süreci boyutunda cinsiyete göre anlamlı fark bulunmamaktadır. Özdemir (2019) tarafından yapılan çalışmada ise insan kaynakları süreci, iletişim süreci ve destek hizmetleri sürecinde cinsiyet bakımından anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Önder'in (2019) çalışmasında, destek hizmetleri sürecinde; Gelmez (2016) tarafından yapılan çalışmada ise iletişim süreci ve destek hizmetleri sürecinde cinsiyete göre fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşılık Nguyen, Nguyen ve Dang (2020) tarafından yapılan çalışmada insan kaynakları süreci ve destek hizmetleri sürecinde cinsiyete göre fark olduğu ileri sürülmektedir. Nihai olarak süreç kalitesi ve hasta memnuniyeti bakımından cinsiyet konusunda farklı çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık kuruluşunun kamu ya da özel olması süreç kalitesi ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Süreç kalitesi ile bu konuda çalışmaya rastlanmamakla birlikte, bazı çalışmalarda memnuniyet bakımından bu çalışma ile benzer sonuçlar ulaşıldığı görülmektedir (Atalay, 2019 ve Polat, 2018).

Ancak, kamu ya da özel hastanelerden alınan hizmetlerdeki hastaların katılım oranlarının farklı olmama sebebinin araştırmanın yapıldığı sağlık kurumlarının tam teşekküllü modern araç gereçlere sahip olması ve hizmet sunan sağlık personelinin alanında uzman olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak literatürde özel hastaneler lehine farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Örneğin Fatima, Malik ve Shabbir (2017) ve Elezi, 2019)'nin yaptığı çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları farklılık göstermektedir. Bu çalışmalarda özel hastanelerden hizmet alanların memnuniyet düzeyleri kamu hastanelerinden daha yüksek bulunmaktadır.

Süreç Kalitesi Ölçeğini oluşturan beş boyutun dördünde (hasta kabul ve taburcu süreci, tanı ve tedavi süreci, insan kaynakları süreci ve iletişim süreci) ve Hasta Memnuniyetinde yaşa göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. Fark bulunan boyutların tamamında farklılığa 56 yaş ve üzeri hastaların diğer yaş gurubundaki hastalardan farklılaşması sebep olmaktadır. Bu yaş grubundaki katılımcıların katılım düzeyi fark bulunan tüm boyutlarda diğer yaş gruplarından daha düşük seviyelerdedir. Literatürde yer alan çok sayıdaki çalışmanın sonuçları da bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Elezi, 2019; Araz, 2019; Atalay, 2019; Yılmaz, 2019; Abut, 2018; Öztürk, 2016; Ekinci, 2015 ve Kayacan, 2015).

Süreç Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları kapsamında, hastaların aldığı hizmetlerde eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. Lisansüstü ve lisans eğitim seviyeleri ile lise ve ortaokul eğitim seviyelerine sahip katılımcıların cevaplarında farklılık bulunmaktadır. Eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların katılım oranları artmaktadır. Literatürde (Elezi, 2019; Araz, 2019; Yılmaz, 2019; Öztürk, 2016; Farzianpour, Byravan ve Amirian, 2015; Ekinci, 2015 ve Kayacan, 2015) yer alan çalışmalardaki sonuçlar ile bu çalışmanın sonuçları ile benzetilmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça hastaların katılım düzeyleri artmaktadır. Bunun sebebi düşük eğitim seviyesine sahip katılımcıların bilgi eksikliği sebebiyle haklarını bilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca okuryazar hastaların sayısının artması beklentiyi arttırdığı söylenebilir. Literatürde bu çalışmanın sonuçlarını desteklemeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Arpacı, 2019; Atalay, 2019; Karaalp, 2014).

Hasta Memnuniyeti eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farklılık lisans seviyesinde eğitim alanlar ile lise seviyesinde eğitime sahip katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Lisans seviyesinde eğitim alanların memnuniyetleri daha yüksektir.

Literatürde (Elezi, 2019; Araz, 2019; Yılmaz, 2019; Öztürk, 2016; Farzianpour, Byravan ve Amirian, 2015; Ekinci, 2015 ve Kayacan, 2015) yer alan çalışmalardaki sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

Süreç Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ve Hasta Memnuniyetinde aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. Aylık gelir durumu 4601 Liradan yüksek olan hastaların daha düşük gelire sahip hastalara oranla katılımları daha yüksek bulunmaktadır. Öztürk (2016) ve Kayacan (2015) tarafından yapılan çalışmalarda bu çalışma ile benzer sonuçlar bulunmaktadır. Aylık gelir durumu yüksek olan hastalar aylık gelir durumu düşük olan hastalara oranla daha fazla katılım göstermektedirler. Bu sebebin yüksek gelir seviyesine sahip hastalarının düşük gelir seviyesine sahip hastalara oranla daha kaliteli hizmet beklentisinden kaynaklandığı söylenebilir. Bu çalışmanın sonuçları ile paralel bulunmayan farklı çalışmalarda bulunmaktadır (Araz, 2019 ve Ekinci, 2015). Bu çalışmalarda gelir durumu düşük olan hastaların gelir durumu yüksek olan hastalara nazaran katılım durumları daha yüksek bulunmaktadır. Düşük gelirli olan hastaların yüksek seviyede kalite beklentisinin olmaması sebep olarak söylenebilir. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda ise (Elezi, 2019 ve Atalay, 2019), aylık gelir durumunun hastaların aldıkları hizmetlerde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur.

Bagarad (2019) tarafından yapılan çalışmada, insan kaynakları süreci boyutunda aylık gelirin anlamlı bir etkisi olduğu ve gelir arttıkça hastaların katılım düzeylerinin düştüğü bulunmuştur. Diğer boyutlarda ise anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Önder (2019) ve Gelmez (2016) tarafından yapılan çalışmalarda ise destek hizmetleri süreci kapsamında aylık gelirin anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Literatürdeki çalışmalardan hareketle, Süreç Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ve Hasta Memnuniyeti Ölçeğinde yer alan ifadeler kapsamında, hastaların aldıkları hizmetlerin aylık gelir durumuna göre etkisinin anlamlı olup olmaması konusunda ortak bir uzlaşa bulunmamaktadır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Öneriler

Çalışmada katılımcılardan elde edilen verilerin analiz sonuçlarına göre sağlık yöneticilerine ve araştırmacılara çeşitli öneriler sunulmaktadır.

Araştırmacılara yönelik öneriler;

Bu araştırma sağlık kurumlarından yatarak hizmet almış hastalardan elde edilen verilerden yola çıkarak yorumlanmıştır. Çalışmada kullanılmak üzere oluşturulan ölçek daha da geliştirilerek gelecek araştırmalarda ayaktan hizmet alan hastalar üzerinde uygulanması araştırmacılara önerilmektedir. Oluşturulan ölçeğin daha geniş katılımlı uzman görüşünden yararlanılarak geliştirilmesi literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Oluşturulan modeldeki ilişkilerin daha detaylı incelenmesi adına ölçeğin farklı katılımcı guruplarına uygulanması önemli olacaktır. Ayrıca oluşturulan ölçeğin daha derinlemesine incelenmesi ve geliştirilmesi hasta memnuniyetini artırmak için araştırmacılara rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Uygulayıcılara yönelik öneriler;

Sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma, hasta memnuniyetini geliştirmede veya artırmada hastane hizmetlerinin etkili yönlerini açık bir şekilde ortaya koyan çok boyutlu bir yapıdır (Hussain vd., 2019). Bu yapıyı oluşturan bileşenlerin memnuniyeti artırma amacı doğrultusunda ortak hareket etmesi çok önemlidir. Hizmet sağlayıcılarının, hasta memnuniyetini belirlemeye yönelik ölçek ve diğer argümanları incelemeli ve bilgi sistemlerinden faydalanarak memnuniyetsizliğin sebeplerine odaklanmaları önem arz etmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında uygulanmak için yürütülen faaliyetlerde hastaların da katılımının sağlanarak fikirlerinin alınması memnuniyeti olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. İletişim eksikliği hizmet süreçlerinin seyrini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sebeple hizmet sağlayıcıları, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimi desteklemeli ve iletişimi artırıcı uygulamalar geliştirmelidirler. Sağlık politika yapıcılar tarafından, hizmetlerin odağında yer alan hastaların, tatmini için memnuniyeti etkileyen faktörler ve hizmet kalitesi ele alınıp incelenmeli ve güncel gelişmeler dikkate alınmalıdır. Hastaların talep ve beklentileri doğrultusunda hizmetler ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Buradan hareketle hastaların mahremiyetine özen gösterilmelidir. Bu durumun tatmini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Sağlık uygulayıcıları, bu çalışmada hizmet süreçlerini oluşturan yapıların dikkatle üzerine yoğunlaşmaları hasta memnuniyetinin artırılması için önem arz etmektedir. Sağlık kurumlarının fiziki ve teknik yapısı, hastaların daha kısa zamanda hizmet alması ve servisler arası dolaşımı minimuma indirecek şekilde tasarlanması önemli olacaktır. Sağlık kurumlarının temiz tutulması ve hastalığın yayılmasını önleyici tedbirler alınması çok önemli olacaktır.

Son olarak çalışmada elde edilen sonuçların; kamu ya da özel hastanelerin sağlık hizmet sunum kalitesini ve yatarak hizmet alan hastaların memnuniyet seviyelerini incelemek ve bu konu ile ilgili araştırma yapmak isteyen araştırmacılara, sağlık hizmet sunucularına ve sağlık alanında politika yapıcılara kaynak niteliği teşkil etmesi ve faydalı olacağı düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Abbasaliyev, Ş. (2020). *Öğretim üyelerinin algılarına göre yükseköğretimde toplam kalite yönetiminin değerlendirilmesi üzerine bir çalışma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Abdellah, F., & Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5, 100-108.
- Abut, A. (2018). *Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Abolfotouh, M. A., Al-assiri, M. H., Alshahrani, R. T., Almutairi, Z. M., Hijazi, R. A., & Alaskar, A. S. (2017). Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emergency Medicine Journal*, 34(1), 27-33.
- Acuner, Ş. (2003). *Müşteri ilişkilerinde hareket noktası: müşteri memnuniyeti ve ölçümü*. Ankara: MPM Yayınları.
- Agarwal, A., Aeran, H., Uniyal, S., & Nautiyal, A. (2015). Quality assurance in dentistry: a need in Indian scenario. *International Journal of Oral Health Dentistry*, 1(4), 172-176.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2019). Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS). Retrieved from <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html>.
- Aggarwal, A., Aeran, H., & Rathee, M. (2018). Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9, 180-182.
- Akbaş, E. (2014). *Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Akgün, S. (2005). Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi*, 44(527), 74-83.
- Akkaya, G. E., Bulut, M. & Akkaya, C. (2012). Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(5), 62-68.
- Aksakal, T., & Bilgili, N. (2008). Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; Jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*, 30(4), 242-249.

- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3-7.
- Alhassan, R. K., Duku, S. O., Janssens, W., Nketiah-Amponsah, E., Spieker, N., van Ostenberg, P., & Rinke de Wit, T. F. (2015). Comparison of perceived and technical healthcare quality in primary health facilities: implications for a sustainable national health insurance scheme in ghana. *PLoS One*, 10(10), e0140109. 1-19.
- Aliman, N. K., & Mohamad, W. N. (2016). Linking Service Quality, Patients' Satisfaction and Behavioral Intentions: An investigation on Private Healthcare in Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 24(2016), 141-148.
- Alkaabi, S., Al-Balushi, N., Al-Alawi, M., Mirza, H., Al- Huseini, S. Manal Al-Balushi, M., ... Al-Adawi, S. (2019). Level and determinants of patient satisfaction with psychiatric out-patient services, Muscat, Oman. *International Journal of Mental Health*, 48(2), 80-94.
- Alkazemi, M. F., Bayramzadeh, S., Alkhubaizi, N. B., & Alayoub, A. (2019). The physical environment and patient satisfaction ratings on social media: an exploratory study. *Emerald Insight*, 38(1/2), 86-97.
- Altan, S. (2019). *Yönetim teorileri*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Altunışık, R. (2008). Anketlerde veri kalitesinin iyileştirilmesi için öntest (pilot test) yöntemleri. *Pazarlama ve pazarlama araştırmaları dergisi*, 02, 1-17.
- Alzoubi, M. M., Hayati, K. S., Rosliza, A. M., Ahmad, A. A., & Al-Hamdan, Z. M. (2019). Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research. *Risk Management and Healthcare Policy*, (12), 167–177.
- Aminuddin, N. F., Vijayakumaran, R. K., & Razak, S.A. (2018). Patient satisfaction with hospital foodservice and its impact on plate waste in public hospitals in East Malaysia. *Hosp Pract Res*, 3(3), 90-97.
- Andaleeb, S. S. (1998), "Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1(6), 181-187.
- Andrade, C., Lima, M. L., Fornara, F., & Bonaiuto, M. (2012). Users view of hospital environmental quality: validation of the perceived hospital environment quality indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 32, 97-111.
- Angelova, B. & Zekiri, J. (2011). Measuring customer satisfaction with service quality using American customer satisfaction model (ACSI Model). *International Journal of Academic Research In Business and Social Sciences*, 1(3), 232-258.
- Antony, J., Vijaya Sunder M., Raja Sreedharan, Ayon Chakraborty & Angappa Gunasekaran, (2019). A systematic review of Lean in healthcare: a global

prospective. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 36(8), 1370-1391.

Aras, A. A. (2005). *Sürdürülebilir süreç yönetimi*. İstanbul: Kalder yayınları.

Araz, N. (2019). *Hizmet kalitesi ve çalışan kadrosunun hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi: bir sağlık kuruluşunda inceleme* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Ardahan, F. (1998). *Toplam kalite düşüncesi ile zaman yönetimi*. Önce Kalite Dergisi, İstanbul: Kalder Yayınları.

Armstrong, G., Adam, S., Denize, S., & Kotler, P. (2014). *Principles of marketing*. Melbourne: Pearson Australia Grup Pty. Ltd.

Arpacı, N. (2019). *Toplam kalite yönetimi ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki: sağlık sektöründe bir uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi). Haliç Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Arslan, A. T. (2019). *Süreç yönetimi uygulamalarının örgütsel bağlılığa etkisinde örgütsel adaletin aracı rolü*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yıldız Teknik Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Asamrew, N., Endris, A. A. and Tadesse, M. (2019). Level of Patient Satisfaction with Inpatient Services and Its Determinants: A Study of a Specialized Hospital in Ethiopia. *Hindawi Journal of Environmental and Public Health*, 2020, 12.

Asıgbulmuş, H. (2016). *Hasta memnuniyeti çerçevesinde hastane tercihinde etkili olan faktörler: Isparta ilinde bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Asif, M., Jameel, A., Sahito, N., Hwang, J., Hussain, A., & Manzoor, F. (2019). Can Leadership Enhance Patient Satisfaction? Assessing the Role of Administrative and Medical Quality. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 3212.

Aslan, T. (2020). *Sağlık kurumlarında hizmet kalitesi algısının hasta memnuniyeti açısından değerlendirilmesi: bir hastane örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., & Erdem, R. (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ kadın hastalıkları ve doğum hastanesi örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2(6), 55- 71.

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.

Atalay, N. (2019). *Seçili kamu hastanelerinde hasta memnuniyeti üzerine çok boyutlu bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Atay, İ. (2019). *Sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Ateş, M. (2012). *Sağlık işletmeciliği*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Bagarad, K. S. H. (2019). *Sağlık hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi: sakarya üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü, Sakarya.
- Baker, D. A., & Crompton, J. L. (2000). Quality, satisfaction and behavioral intentions. *Annals of tourism research*, 27(3), 785-804.
- Bakır, Y. (2006). *Sağlık kuruluşlarında pazarlama faaliyetleri, müşteri memnuniyeti*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mustafa Kemal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hatay.
- Bankaoğlu, E. (2013). *Hasta memnuniyetinin kurumsal imaj üzerindeki etkisi: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi üzerine bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Barouch, G., & Ponsignon, F. (2016). The epistemological basis for quality management. *Total Quality Management*, 27(8), 944-962.
- Basch, E. (2014). New frontiers in patient-reported outcomes: adverse event reporting, comparative effectiveness, and quality assessment. *Annual Review of Medicine*, 65, 307-317.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101.
- Berkiten, H. (2020). *Acil sağlık hizmetleri sunucularında motivasyon faktörlerinin toplam kalite yönetimine etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ufuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Berkowitz, B. (2016). The patient experience and patient satisfaction: Measurement of a complex dynamic. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1).
- Binbir, S. (2019). *Örgüt kültürünün toplam kalite yönetimi ve altı sigma yaklaşımı üzerindeki etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Bjertnaes, O. A., Sjetne, I. S., & Iversen, H. H. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: Effects of patientreported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality and Safety*. 21(1), 39-46.
- Bleich, S. N., Ozaltin, E. & Murray, C. K. L. (2009). How does satisfaction with the healthcare system relate to patient experience?. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278.

- Bonechi, L., Carmignani, G., & Mirandola. R. (2004). La gestione della qualità nelle organizzazioni-dalla conformità all'eccellenza gestionale. *Monografia o trattato scientifico*, 3(1).
- Bonenberger, M. A., Akweongo, P., & Wyss K. (2014). The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: across-sectional study. *Human Resources for Health*, 12(43), 1–12.
- Bowen, J. T. and Shoemaker, S. (1998). Loyalty: A Strategic Commitment. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*. February, 12-25.
- Bozkurt, R. (2003). *Süreç iyileştirme*. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları. Ankara.
- Bozkurt, R. (2010). *Kalite iyileştirme araç ve yöntemler*. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları. Ankara.
- Bozkurt, S. (2019). *Süreç yönetimi olgunluk modelleri: bisiklet sektöründe bir uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa
- Burçoğlu Karaca, Ş. (2014). *Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve hasta beklentileri konusunda bir uygulama, aydın devlet hastanesi üzerine bir çalışma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Büyükkaraman, E. (2014). *Sağlık hizmetleri kalitesinin değerlendirilmesi ve hasta memnuniyeti (Antalya İli Örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470-483.
- Care Quality Commission (2019). NHS Patient Surveys. Retrieved from <https://nhssurveys.org>.
- Carlin, C. S., Christianson, J. B., Keenan. P., & Finch, M. (2012). Chronic illness and patient satisfaction. *Health Services Research*, 47, 2250-2272.
- Castro, A. & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 278-286.
- Cella, D., Hahn, E., Webster, K., & Yost, K. (2003). The FACIT Treatment Satisfaction Measurement System. *Qual Life Res.*, 12(7),747.
- Cengiz, R. (2014). *Aile hekimliği uygulaması ve hastane memnuniyeti: Edirne İl Merkezi örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Üniversitesi, İstanbul.

- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2017b). Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey. Retrieved from <http://www.hcahpsonline.org>.
- Chang, C-S., Chen, S-Y., & Lan, Y-T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13(22), 1-11.
- Chunuan, S. K. (2002). *Patient satisfaction with health care services received during intrapartum in one regional hospital in the southern part of Thailand*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Kentucky Univesity, Kentucky.
- Cihangiroğlu, N., & Uzuntarla, Y. (2016). Müşteri memnuniyetinin çeşitli demografik özellikler açısından analizi: Bir kamu hastanesi örneği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(1), 291-306.
- Cloyd, J. M., Chen, J. C., Ma, Y., & Rhoads, K. F. (2015). Is weekend discharge associated with hospital readmission?. *Journal of Hospital Medicine*, 10(11), 731-737.
- Connelly, L. M. (2008). Pilot studies. *Medsurg Nursing*, 17(6), 411-2.
- Coşkun, M. (2020). *Bilişim sektöründe süreç yönetimi ve bir uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bahçeşehir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Coşkun, R., Altunışık, R., & Yıldırım, E. (2020). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri* (Güncellenmiş 10. Baskı), Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Coşkun, S. (2017). *TS EN 15224-2012 Sağlık Hizmetleri - Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları ile Karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Okan Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). The Point of Care Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. *The King's Fund*.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature: *Health Technology Assessment*, 6(32).
- Çati, K. & Yılmaz, A. (2002). A Research on Patients' Perception of Hospital Service Quality. *Marketing World*, 16, 46-53.
- Çavuş, M. F., & Gemici, E. (2013). "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 238-257.
- Çakır, D. (2015). *Sağlık hizmetleri pazarlamasında hasta memnuniyeti: Bir uygulama*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Çalışır, G. (2019). *Kültürlerarası İletişim ve Beden Dili*. İçinde. Bitirim Okmeydan, S. ve Saran, M. (Edit.), İletişim Odaklı Güncel Yaklaşımlar, Konya: Eğitim yayınevi, 221-238.
- Çapacıoğlu, E. (2017). *Kamu kuruluşlarında toplam kalite yönetimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çelebi, M. (2015). *Sağlıkta hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti (Marmaris Devlet Hastanesi örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çelik, G. (2020). *Sağlıkta kalite yönetimi bağlamında çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algıları: özel ve kamu hastaneleri karşılaştırması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çelik, Ö. (2018). *Hastanelerde uygulanan sağlıkta kalite standartlarının sağlık hizmet kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi: Konya örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Çelik, P. (2013). *Acil birime başvuran dahili hastalara verilen hemşirelik hizmetleri ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Çoban, İ. G., & Kaşıkçı, M. (2008). Hastaların Hemşirelik bakımını Algılayışları. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*. (16,63), 165-171.
- Dahlgaard, J. J., Kristensen, K., & Kanji, G. K. (2005). *Fundamentals of total quality management*. London and New York: Taylor&Francis Group.
- Dahlgaard-Park, S. M. (2011). The quality movement: where are you going? *Total Quality Management & Business Excellence*, 22 (5), 493-516.
- Danielsen, K., Garratt, A. M., Bjertnaes, O. A., & Pettersen, K. I. (2007). Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 70-77.
- Darby, C. J. (1997). *Case management effect on length of stay, cost effectiveness, and patient satisfaction of the patient with total joint replacement*. (Unpublished Master's Thesis). Northern Kentucky University/College of Arts and Sciences, Kentucky.
- Değermen, H. A. (2006). *Hizmet ürünlerinde kalite, müşteri tatmini ve sadakati (GSM sektöründe bir uygulama)*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Delen, T. (2007). *Kara kuvvetleri komutanlığı yurtdışı geçici ve daimi görevlerin süreçlerinin oluşturulması ve yönetimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Devlin, A. S., & Andrade, C. C. (2017). Quality of the hospital experience: impact of the physical environment. *Handbook of Environmental Psychology and Quality of Life Research*, 421-440.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development theory and applications* (3rd ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Doğan, İ., F., Bakan, İ., & Hayva, S. (2017). Sağlık sektörünün temel aktörleri olan hastanelerde rekabet stratejilerinin kaliteye etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(62), 817-835.
- Dolapoğlu, N. (2018). *Toplam kalite yönetimi ile çalışan memnuniyeti ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin belirlenmesi: devlet ve özel hastane örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Arel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Drain, M., & Clark, P. (2004). Measuring experience from the patient's perspective: Implications for national initiatives. *Journal for Health Care Quality*, Online, W,4-16.
- Duggirala, M., Rajendran, C. & Anantharaman, R. N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15(5), 560-583.
- Dumas, M., La Rosa, M., Mendling, J., & Reijers, A. (2013). *Fundamentals of business process management*. Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Dursun, T. (2011). *Uzaktan eğitimde hizmet kalitesinin ölçülmesi ve eğitim sektöründe bir uygulama*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi) Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dursun, T. N. (2019). *Toplam kalite yönetimi uygulamaları ile hastane çalışanlarının iş tatmini, iş yaşam kalitesi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: özel-kamu hastanelerinde bir alan uygulaması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ebrahimi, M., & Sadeghi, M. (2013). Quality management and performance: an annotated review. *International Journal of Production Research*, 51(18), 5625-5643.
- Efil, İ. (2010). *Toplam kalite yönetimi*. 7. Baskı. Bursa: Dora Basım Yayın Dağıtım.
- Ekinci, B. (2015). *Kamu hastanelerinin sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyetini etkileyen faktörler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Elezi, O. (2019). *Hasta memnuniyeti üzerine bir araştırma*: (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tiran örneği. Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü, Sakarya.

- El-Sherbiny, N. A., Ibrahim, E. H., & Hewedi, M. M. (2017). Patients' satisfaction with delivered food services in Fayoum Hospitals. *EC Nutrition*, 9(2) :94-104.
- Ensari, H. (1999). *21 Yüzyıl okulları için toplam kalite yönetimi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Erdem, F., Öztoprak, Y., Ulgen, C., Emlik, B. E., Gül, K. F., Yıldız, A.,... Savaş, N. (2015). Bir üniversite hastanesinde ayaktan ve yatarak tedavi alan hastaların memnuniyet düzeyi ve ilişkili faktörler. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(23), 12-20.
- Erdemir, A. (2015). *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erkuş, A. (2014). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme- I*. Ankara: Pegem Akademi.
- Ertekin, A. (2012). *Kamu hastanelerinde performansa dayalı ücret ödemesi ve çeşitli meslek grupları tarafından değerlendirmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Esin, N. (2014). *Veri toplama yöntem ve araçları & Veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği*. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M.N. (Eds.), Hemşirelikte Araştırma, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Faezipour, M., & Ferreira, S. (2011). Applying systems thinking to assess sustainability in healthcare system of systems, *Int. J. System of Systems Engineering*, 2(4), 290-308.
- Fang, J., Liu, L., & Fang, P. (2019). What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. *Patient Prefer Adherence*, 13, 515–525.
- Farzianpour, F., Byravan, R., & Amirian, S. (2015). Evaluation of patient satisfaction and factors affecting it: a review of the literature. *Health*, 07(11), 1460–1465.
- Fatemeh, A., Azami, S. R., Ghaziasgar, M., Pakdaman, M., Ansari, B. & Zadeh. N. S. (2014). The quality of food services through three various methods among selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences, based on the servqual model. *Jor. of Health Policy and Sustainable Health*, 1(4),115-120.
- Fatima, T., Malik, S. A. and Shabbir, A. (2017). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty An investigation in context of private healthcare systems. *Int. Journal of Quality & Reliability Management*, 35(6), 1195-1214.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London - Thousand Oaks – New Delhi: Sage Publications.
- Figueras, J., & McKee. (2012). *Health system, health, wealth and societal wellbeing*. New York: McGraw-Hill.

- Flood, R. (1993). *Beyond tqm, john wiley & sons*. New York: NY.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Jor. of Mar. Research*, 18(1).
- Foster, S. T. (2012). *Managing quality: integrating the supply chain, (5th ed.)*. Pearson Education, Inc, publishing as prentice Hall.
- Friesner, D., Neufelder, D., Raisor, J., & Bozman, C. S. (2009). How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: a continuous process improvement approach. *Hospital Topics*, 87(1), 24-40.
- Gelmez, M. (2016). *Sağlıkta hizmet kalitesinin değerlendirilmesi: bir eğitim araştırma hastanesi uygulaması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SSPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- Giuli, V. D., Zecchin, R., Salmaso, L., Corain, L. & De Carli, M. (2013). Measured And Perceived Indoor Environmental Quality: Padua Hospital Case Study. *Building and Environment*, 59, 211-226.
- Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (2016). *Toplam kalite yönetimi*. 7. Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Gök, S. & Burçkin, E. (2020). Strategic Brand Model Proposal for Patient Satisfaction and Private Healthcare Preferences. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială, Issue*, 68, 223-249.
- Göktaş, S., & Uydacı, M. (2018), Sağlık hizmeti pazarlamasında fiziksel ortam bulgularının önemi. *İstanbul Sosyal Bilimler Dergisi*, (19), 45-75.
- Grøndahl, V. A. (2012). *Patients' perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Karlstad University, Karlstad.
- Gu, E., & Page-Jarrett, I. (2018). The top-level design of social health insurance reforms in China: Towards universal coverage, improved benefit design, and smart payment methods. *Journal of Chinese Governance*, 3, 331–350.
- Gülmez, M. (2005). Sağlık hizmetlerinde memnuniyet ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde ayakta tedavi gören hastalara yönelik bir uygulama. *Cum. Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, (6)2, 147-169.
- Günel, M. (2007). *Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta tatmini*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Hagerman, I., Rasmanis, G., Blomkvist, V., Ulrich, R., Eriksen, C. A., & Theorell, T. (2005), Influence of intensive coronary care acoustics on the quality of care and physiological state of patients. *Int. Journal of Cardiology*, 98(2), 267-270.
- Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (seventh edition). Prentice Hall.
- Halis, M. (2000). *Paradigmadan uygulamaya toplam kalite yönetimi ve iso-9000 kalite güvence sistemleri iso-9002 kalite belgesi çalışmaları*. (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Harari, Y. N. (2016). *Homo Deus, a brief history of tomorrow*. London: Vintage.
- Harput, S. (2014). *Yeditepe Üniversitesi hastanesinde yatan hastalarda beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin Servqual Ölçeği ile değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Hatipoğlu, C. B. (2008). *Toplam kalite yönetiminde kalite maliyetlerinin önemi ve kalite maliyetlerinin raporlanması sürecinde muhasebenin rolü*. Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Hau, L. N., Anh, P. N. T., & Thuy, P. N. (2016). The effects of interaction behaviors of service frontliners on customer participation in the value co-creation: a study of health care service. *Serv. Bus.*, 11, 253-277.
- Health Services Advisory Group. (2017). HCAHPS survey instruments. Retrieved from <http://www.hcahpsonline.org/en/survey-instruments>.
- Heidegger, T., Saal, D. and Nuebling, M. (2006). Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction?. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(2), 331–346.
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31, 180-191.
- He, Z., & Zhou, J. (2017). Can zero-markup policy for drug sales in public hospitals resolve the problem of ‘seeing a doctor is too expensive’ in China? A case study of four municipal general tertiary hospitals at H City in Z. Province. *Journal of Chinese Governance*, 2, 329–342.
- Hill, R. (1998). What sample size is “enough” in internet survey research? *Interpersonal Computing and Technology: An Electronic. Journal for the 21st Century*, 6(3-4).
- Howard, D. H. (2006). Quality and consumer choice in healthcare: Evidence from kidney transplantation. *Topics in Economic Analysis and Policy*, 5(1), 1349.
- Hughes, R. G., & Clancy, C. M. (2009). Nurse’s Role in Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(1), 1-4.

- Hu, G., Chen, Y., Liu, Q., Wu, S., Guo, J., Liu, S., ... Liu, Y. (2019). Patient experience of hospital care in China: Major findings from the Chinese Patient Experience Questionnaire Survey (2016–2018). *British Medical Journal Open*, 9(9).
- Humaid, H.S., Ahmad, S.Z., & Hussain, M. (2017). Exploring mobile government from service quality perspective. *Journal of Enterprise Information Management*, 30(1), 4-16.
- Hussain, A., Sial, M.S., Usman, S.M., Hwang, J., Jiang, Y. And Shafiq, A. (2019). What factors affect patient satisfaction in public sector hospitals: evidence from an emerging economy. *Int. J. Environment Research and Public Health*, 16, 994.
- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Isaac, S., & Michael, W. B. (1995). *Handbook in research and evaluation*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Ishikawa, K. (1981). *Le TQC ou la Qualite a'la Japonaise*, AFNOR. Paris.
- Işık, G. Ü. (2014). *Sağlık hizmetlerinde kalite ve çalışan memnuniyeti (diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Işık, O. (2011). *Algılanan kalitenin marka değerine etkisi: tüketici değerlendirmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Izadi, A., Jahani, Y., Rafiei, S., Masoud, A., & Vali, L. (2017). Evaluating health service quality: using importance performance analysis. *International Journal Health Care Quality Assurance*, 30(7), 656–63.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 335-339.
- Johnson, D. M., Russell, R. S., & White, S. W. (2016). Perceptions of care quality and the effect on patient satisfaction. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(8), 1202-1229.
- Jıbrıl, Y.M. (2019). *A meta-analytical review of the relationship between total quality management practices and the operational performance of manufacturing companies*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü, Sakarya.
- Joint Commission International, (2021). Erişim adresi: 1 <https://www.jointcommissioninternational.org/> (Erişim Tarihi: 20/01/2021).

- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kalite Yönetim Felsefesi Guruları ve Modelleri (2020). Erişim Adresi: <https://cndmr.wordpress.com/teknik/kalite/kalite-yonetim-felsefesi-gurulari-ve-modelleri/>. (Erişim Tarihi: 11/01/2021).
- Kamra, V., Singh, H. & Kumar De, K. (2016). Factors affecting patient satisfaction: an exploratory study for quality management in the healthcare sector. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(9-10), 1013-1027.
- Kan, N. (2014). *Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Alanya’da yaşayan yabancı uyruklu hastalar örneği)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karaalp, T. (2014). *Sağlık hizmetleri üretim sürecinde fiziksel çevrenin hasta memnuniyeti ve iş tatmini üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karadağ, Z. (2007). *Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Karagöz, M. B. (2019). *Devlet hastaneleri ile üniversite hastanelerinin yatan hasta memnuniyeti: Sivas örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- 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.
- Karagöz, Y., & Bardakçı, S. (2020). *Bilimsel araştırmalarda kullanılan ölçme araçları ve ölçek geliştirme*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp eğitim dünyası*, 40, 39-49.
- Kavrakoğlu, İ. (1996). *Kalite güvencesi ve ISO 9000*. İstanbul: Kalder Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve sağlık kurumları yönetim*. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Yayın-Dağıtım, 451-469.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, A. (2019). *Toplam kalite yönetimi uygulamaları: düzce ilinde bir kamu hastanesi örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.

- Kaya, S., Temgilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., & Yıldırım, A. (2013). *Sağlık kurumlarında kalite yönetimi*. 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını. Açıköğretim Fakültesi.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.
- Kayacan, İ. (2015). *Sağlık işletmelerinde müşteri ilişkileri yönetiminin hasta memnuniyetine etkisi üzerine bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Kaygın, N. (2012). *Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti ve hasta hemşire ilişkileri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Klopfer, W.G., Hillson, J.S., & Wylie, A. A. (1956). Attitudes toward mental hospitals. *Journal of Clinical Psychology*, 12(4), 361-365.
- Kekeç, D. (2008). *Hizmet kalitesi ölçümünde SERVQUAL ölçeği ve otelcilik sektöründe bir uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Khan, I., Dongping, H., & Wahab, A. (2016). Does culture matter in effectiveness of social media marketing strategy? An investigation of brand fan pages. *Aslib Journal Information Management*, 68, 694-715.
- Kılıçarslan, M., & Kaptanoğlu, R.Ö. (2019). The communication between patients and healthcare personnel in psychiatry hospital. *European Journal of Science and Technology*, 15, 210-215.
- Kılıç, Ş., & Aydın, C. (2015). Sağlık Kurumlarında Süreç Yönetimi Uygulamaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(3), 143-172.
- Kıraç, S.M. (2016). *Toplam kalite yönetimi ve sağlık hizmetleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kırmızı, E. G. (2010). *Sağlık hizmeti sunan bir kurum olarak hastanelerde dış müşteri (hasta) memnuniyeti Balıkesir Özel Hastanesi örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Kısa, A., & Tokgöz, N. (2007). Sağlık kurumları yönetimi. Eskişehir: *Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları*, 282-284.
- Kim, S. S. (2000). *The effect of physician empathy on patient outcomes (patient satisfaction and compliance) in Korea*. (Unpublished Doktoral Dissertation). Michigan State University, Michigan.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Third Baskı, New York: Guilford publications.

- Kocamış, T. U. (2016). Toplam kalite yönetimi (TKY) ve iç denetimin TKY'deki rolü. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (1), 1-21.
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş., & Coklu, Ö. (2006). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*. Ankara: PegemA Yayınları.
- Kumar, V., & Sharma, R. R. K. (2017). Relating management problem-solving styles of leaders to TQM focus: an empirical study. *The TQM Journal*, 29(2) 218-239.
- Kuzu, A. (2010). *Yaşlı bakım kurumlarında hizmet kalitesi kavramı ve kavramsal hizmet kalitesi modeli: servqual uygulaması*. (Yayımlanmamış Doktor Tezi). Sakarya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Küçükcalbay, N. (2019). *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ile sağlık çalışanlarının demografik özellikleri arasındaki ilişki üzerine bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Nişantaşı Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Küçük, O. (2016). *Kalite kontrol*. 5. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Lee, D., Lee, S., & Schniederjans, M. J. (2011). Medical error reduction: the effect of employee satisfaction with organizational support. *The Service Industries Journal*, 31(8), 1311–1325.
- Liu, L., & Fang, J. (2019). Study on potential factors of patient satisfaction: based on exploratory factor analysis. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1983–1994.
- Lee, M. A., & Yom, Y. H. A. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perception of quality of nursing services, satisfaction, and intent to revisit the hospital. A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing studies*, 44(4), 545-555.
- Lee, S. (2011). Evaluating Serviceability of Healthcare Servicescapes: Service Design Perspective. *International Journal of Design*, 5(2), 61-71.
- Lee, S. M., Lee, D., & Kang, C. Y. (2012) The impact of high-performance work system in the health care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. *The Service Industries Journal*, 32(1), 17–36.
- Lockamy, A., & Smith, D. L. (2009). Telemedicine: a process enabler for enhanced healthcare delivery systems. *Business Process Management J.*, 15(1), 5-19.
- Lupo, T. (2016). A fuzzy framework to evaluate service quality in the healthcare industry: An empirical case of public hospital service evaluation in Sicily. *Applied Soft Computing*, 40, 468–478.
- Lüleci, M. (2018). *Sağlık işletmeleri ve toplam kalite uygulamalarının hastane personeli performansına etkisi. Bir vakıf hastanesi örneği*. (Yayımlanmamış, Yüksek Lisans Tezi). Ufuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- MacAllister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental variables that influence patient satisfaction: A review of the literature. *Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169.
- Madanat, H. G., & Khasawneh, A.S. (2017). Impact of total quality management implementation on effectiveness of human resource management in the Jordanian banking sector from employees' perspective. *Academy of Strategic Management Journal*, (16)1, 114-148.
- Makaryus, A. N., & Friedman, E. A. (2005). Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(8), 991-994.
- Mammadov, A., & Gasanov, R. (2017). Research on a relationship between patient satisfaction and medical services in state health organizations. *Am J Ind Bus Management*, 07(11), 1255–1266.
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S.I.A. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 3318.
- Mandal, A. (2007). Quality and cost-effectiveness: effects in burn care. *Burns*, 33(4), 414-417.
- Mandeep, Chitkara, N., & Goel, S. (2014). Study to evaluate change of attitude toward acceptance of NABH guidelines: an intra-institutional experience. *The Journal of National Accreditation Board for Hospital Healthcare Providers*, 1, 52-55.
- McGregor, F. (2004). Quality management/change management two sides of the same coin?. *Library management in a changing environment, Proceedings of the 25th IATUL Conference, Krakow*, 14.
- McLaughlin, C.P., & Kaluzny, A.D. (2006). *Continuous Quality Improvement in Health Care*. 3rd ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: thinking for the future. *Journal Retailing Consumer Services*, 40: 261–269.
- Mevzuat Bilgi Sistemi, (1961). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf> (Erişim Tarihi: 23/01/2021).
- Mevzuat Bilgi Sistemi, (1980). <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=5.5.2368&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=2368&Tur=5&Tertip=5&No=2368> (Erişim Tarihi: 15/01.2021).

- Milutinovic, D., Brestovacki, B., & Cvejic, M. M. (2010). Patients' Satisfaction with Nursing Care as an Indicator of Quality of Hospital Service. *Journal of Society for Development in New Net Environment in B& H. Health Medicine*, 4(2), 461-466.
- Mitchell, J. P. (2015). Association of provider communication and discharge instructions on lower readmissions. *Journal of Healthcare Quality*, 37(1), 33-40.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-219.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Why TQM programmes fail? A pathology approach. *The TQM Journal*, 26(2), 160-187.
- Mourshed, M., & Zhao, Y. (2012). Healthcare Providers' Perception Of Design Factors Related To Physical Environments In Hospitals. *Journal of Environmental Psychology*, 32(4), 362-370.
- Murthy, D. B. N. (2001). *Consumer and Quality*, 1st ed. New Delhi: New Age International Pvt Ltd Publishers.
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366-381.
- Narlı, Y. (2009). *Sağlık sektöründe hasta memnuniyetini artırıcı süreç iyileştirme çalışmaları üzerine örnek bir uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Nicholas, J. (2016). Hoshin kanri and critical success factors in quality management and lean production. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(3-4), 250-264.
- Ngambi, M.T., & Nkemkiafu, A.G. (2015). The impact of total quality management on firm's organizational performance. *American Journal of Management*, 15(4), 69.
- Nguyen, T, Nguyen, H., & Dang, A. (2020) Determinants of patient satisfaction: Lessons from large-scale inpatient interviews in Vietnam. *PLoS ONE*, 15(9).
- Notz, K., Dubb, R., Kaltwasser, A., Hermes, C., & Pfeffer, S. (2015). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Intensivpflege. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 110, 584-588.
- Oakland, J. S. (2014). *Total quality management and operational excellence* (4 b). New York: Routledge Taylor & Francis.
- Odabaşı, Y. (2003). *Müşteri ilişkileri yönetimi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

- Oh, H. & Kim, K. (2017). Customer satisfaction, service quality, and customer value: Years 2000–2015. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 29(1), 2–29.
- Okumuş, A. & Asil, H. (2007). Hizmet kalitesi algılamasının havayolu yolcularının genel memnuniyet düzeylerine olan etkisinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, 36(2), 07–29
- Öcel, Y. (2016). *Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Düzce Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.
- Öğüş, İ. S. (2019). *A methodology for integration of ergonomics and total quality management for company strategies*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Boğaziçi Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Öksüz, A. S. (2010). *Hizmet kalitesi hasta memnuniyeti üzerine etkisi ve bir uygulama araştırması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Önder, E. (2019). *Türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan entegre sağlık kampüslerinin hasta memnuniyeti açısından incelenmesi: Yozgat Şehir Hastanesi örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Önsüz, M. F., & Topuzoğlu, A. (2008). İstanbul’da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33-49.
- Özlü, T. (2012). Hasta sağlık çalışanı ilişkisi. 8. Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu, Trabzon.
- Özcan, K., & Balyer, A. (2013). Liderlik oryantasyon ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Mersin üniversitesi eğitim fakültesi dergisi*, 9(1), 136-150.
- Özdemir, E. (2007). *Süreç yönetimi ve kara kuvvetlerine bağlı bir birlikte süreç yönetimi uygulamaları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Özdemir, H. (2019). *Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Özsüzer, C. (2019). *Toplam kalite yönetimi uygulamalarının çalışanların işe adanmışlığı üzerindeki etkisi ve psikolojik dayanıklılığın aracı rolü: sağlık sektöründe bir araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk, A. (2009). *Kalite yönetimi ve planlaması*. Bursa: Ekin Yayınevi.

- Öztürk, H. (2016). *Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin incelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Paim, R., Caulliraux, H. M., & Cardoso, R. (2008). Process management tasks: a conceptual and practical view. *Business Process Management Journal*, 14(5), 694-723.
- Pakdil, F. & Harwood, T. N. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(1), 15–30.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1991). “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1993). “Research Note: More on Improving Service Quality Measurement”. *Journal of Retailing*, 69(1), 140-147.
- Park, K., Park, J., Kwon, Y. D., Kang, Y., & Noh, J. W. (2016). Public satisfaction with the healthcare system performance in South Korea: Universal healthcare system. *Health Policy*, 120(6), 621-629.
- Park, K. (2009). *Health care of the community In: Park K, ed. Park’s text book of preventive and social medicine*. 20th ed. Jabalpur: Banarsidas Bhanot, 780–800.
- Pascoe G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 185–210.
- Peršolja, M. (2018). The effect of nurse staffing patterns on patient satisfaction and needs: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 018(26), 858–865.
- Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P., & Niakas, D. (2014). Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Global Journal of Health Science*, 6(5), 196-203.
- Polat, A. (2016). *Memnuniyet ve yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi: Tavas Devlet Hastanesi örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Polat, M. (2018). *Özel ve kamu hastanelerinde yatan hasta memnuniyetinin karşılaştırılması: Edirne ili örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Powers, T. L., & Bendall, L. D. (2003). The satisfaction score. *Marketing Health Services*, 23(3), 28-32.
- Prakash, B. (2010). Patient satisfaction and normative decision theory. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151.
- Prenner, L. G. (2001). *Patient compliance, patient satisfaction, relational communication, and power distance in a health care context*. (Unpublished Master's Thesis). California State University, Fullerton.
- Press Ganey Associates, Inc. (2002). Inpatient psychometrics. Southbend, Indiana: Press Ganey Associates.
- 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.
- Pronovost, P. J. Mathews, Simon C.; Demski, Renee MSW., Hooper, Jody E., Biddison, Lee Daugherty, Berry, Stephen A., & vd., (2017). A Model for the Departmental Quality Management Infrastructure Within an Academic Health System. *Academic Medicine*, 92(5), 608-613.
- Rafii, F., Hajinezhad, M. E. & Haghani, H. (2009). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26, 75–84.
- Ramli, A. H., & Sjahrudin, H. (2015). Building Patient Loyalty in Healthcare Services. *International Review of Management and Business Research*, 4(2).
- Rana, B.K., Behera, N.S., & Nair, S. B. (2014). QCI- medical laboratory program journey of quality in public medical laboratories”: an experience through program evaluation. *The Journal of National Accreditation Board Hospital & Healthcare Providers*, 1,7–11.
- Rathert, C., Wyrwich, M.D., & Boren, S.A., (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379.
- Rathee, M. (2016). Quest for quality: pivotal paradigm for healthcare transformation. *J IDA North West Delhi Branch*, 3(2), 55–56.
- Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in the primary care settings. *Nursing Research*, 24, 45-52.
- Robella, P. M., Kashiwagi, D. T., Jenkins, S. M., Newman, J. S., & Sorita, A. (2017). Information transfer and the hospital discharges summary: National primary care

- provider perspectives of challenges and opportunities. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 30(6), 758-765.
- Rooke, C. N., Koskela, L. J., & Tzortzopoulos, P. (2010). Achieving a lean wayfinding system in complex hospital environments: design and through-life management. *Safe, Quality and Environment*, IGLC-18, s.233-242.
- Rossiter, J. R. (2011). Marketing measurement revolution: The C-OAR-SE method and why it must replace psychometrics. *European Journal of Marketing*, 45(11/12), 1561-1588.
- Sadıkoğlu, E., & Olcay, H. (2014). The effects of total quality management practices on performance and the reasons of and the barriers to TQM practices in Turkey. *Adv. Dec. Sci.*, 1-17.
- Sağlık Bakanlığı, (2021). Sağlık hizmetleri genel müdürlüğü sağlıkta kalite, akreditasyon ve çalışan hakları dairesi başkanlığı Erişim adresi: (www.kalite.saglik.gov.tr) (Erişim tarihi: 19.01.2021).
- Sahney, S., Banwet, D. K., & Karunes, S. (2006). An integrated framework for quality in education: application of quality function deployment, interpretive structural modelling and path analysis. *Total Quality Management & Business Excellence*, 17(2), 265-85.
- Sahoo, S., & Yadav, S. (2017). Entrepreneurial orientation of SMEs, total quality management and firm performance. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 28(7), 892-912.
- Saleh, R. A., Rateb, J., Sweis, R. J., & Saleh, F. I. M. (2017). Investigating the impact of hard total quality management practices on operational performance in manufacturing organizations Evidence from Jordan. *Benchmarking: An International Journal*, 25(7), 2040-2064.
- Salehi, A., Janati, A., Nosratnejad, S., & Heydari, L. (2018). Factors influencing the inpatients satisfaction in public hospitals: a systematic review. *Bali Medical Journal*, 7(1), 17-26.
- Sarı, S. (2010). *Devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde hasta memnuniyetinin karşılaştırılması: Isparta Örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Sezgin, B. (1998). *Acil servise başvuran hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Shah, M. A., Yan, X., Shah, S. A.A., & Mamirkulova, G. (2019). Mining patient opinion to evaluate the service quality in healthcare: a deep-learning approach. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*, 11, 2925-2942.

- Sharma, V. (2017). Patient satisfaction and brand loyalty in health-care organizations in India. *Journal of Asia Business Studies*, 11(1), 73-87.
- Shilling, V. Jenkins, V., & Followfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction?. *Psycho-Oncology*, 12, 599-611.
- Shortell, S. M., & Kalunzy, A. D. (1983). *A text in organization theory and behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Siddiqui, Z. K., Zuccarelli, R., Durkin, N., Wu, A. W. & Brotman, D. J. (2015). Changes in patient satisfaction related to hospital renovation: experience with a new clinical building. *Journal of Hospital Medicine*, (10)3, 165-171.
- Singh, D., & Dixit, K. (2020). Measuring Perceived Service Quality in Healthcare Setting in Developing Countries: A Review for Enhancing Managerial Decision-making, *Journal of Health Management*, 22(3), 472–489.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Slavec, A., & Drnovšek, M. (2012). A perspective on scale development in entrepreneurship research. *Economic and Business Review*, 14(1), 39–62.
- Smith, H., & Fingar, P. (2003). BPM's Third Wave. *Based on extracts from Business Process Management*, ISBN 0929652339, www.bpm3.com
- Souelem, O. (1955). Mental patients' attitudes toward mental hospitals. *Journal of Clinical Psychology*, 11(2), 181-185.
- Söylemez, H., Koplay, M., Sak, M. E., & Cıngu, A. K. (2009). Üroloji poliklinik hastalarında üriner sistem ultrasonografi sinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(2).
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.
- Sun, J., Hu, G., Ma, J., Chen, Y., Wu, L., Liu, Q.,... Liu, Y. (2017). Consumer satisfaction with tertiary healthcare in China: Findings from the 2015 China National Patient Survey. *Int. J. Qual. Health Care*, 29, 213–221.
- Sütütemiz, N. (2005). *Müşteri Sadakati Belirleyicileri ve Modellerinin Karşılaştırılması: Bankacılık ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Szyca, R., Rosiek, A., Nowakowska, U., & Leksowski, K. (2012). Analysis of factors influencing patient satisfaction with hospital treatment at the surgical department. *Polski Przegląd Chirurgicalny*, 84(3), 136–143.

- Şen, H. (2013). *Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı bağlamında toplam kalite yönetimi ile insan kaynakları yönetimi ilişkisi: kamu ve özel hastane uygulamaları*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Şengün, B., Kasacı, D., Karataş, R., & Yalçın, Y. (2013). ODTÜ Süreç Yönetim Uygulamaları. Akademik Bilişim 2013 – XV. *Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri*, 23-25 Ocak, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 987-991.
- Şimşek, M. (1996). *Kalite yönetimi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayın, No:11.
- Şişe, Ş., & Altınel, E. (2012). Bir üniversite hastanesinde yatan hasta memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(4), 213-218.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (sixth edition). USA: Pearson Education Limited.
- Tanyeri, H., & Ofloğlu, D. (2012). Muayenehanelerde dekorasyon ve ergonomi. *Dış Hekimliği Dergisi*, 104, 3- 28.
- Taş, E. (2019). *Sağlık kurumlarında kalite iyileştirme uygulamaları; sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonların yönetimi üzerine bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Taşlıyan, M. & Akyüz, M. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12(19), 61-66.
- Taşlıyan, M., & Gök, S. (2012). Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. & Akbolat, M. (2018). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. (9. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Thomas, B. C., Groff, S. L., Tsang, K., & Carlson, L. E. (2009). Patient ethnicity: A key predictor of cancer care satisfaction. *Ethnicity & Health*, 14(4), 351–358.
- Tekin, M. (2009). *Toplam kalite yönetimi*. Konya: Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kitap Satış Bürosu. (4. Baskı).
- Top, H. (2013). *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin çalışanlara etkisi (Kırklareli ili sağlık çalışanları örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Top, S. (2009). *Toplam kalite yönetimi bağlamında sürekli iyileştirme anlayışı*. Beta Yayıncılık, 1. Baskı. İstanbul.

- Topalovic, S. (2015). The implemantation of total quality management in order to improve production performance and enhancing the level of customer satisfaction. *Procedia Technology*, 19, 1016-1022.
- Trybou, J., De Caluwe, G., Verleye, K., Gemmel, P., & Annemans, L. (2015). The impact of professional and organizational identification on the relationship between hospital–physician exchange and customer-oriented behaviour of physicians. *Hum. Resour Health*, 13(1), 1-8.
- Tuomi, V., Ajmal, M.M., & Helo, P.T. (2013). Implementing TQM initiatives in public service organizations: case of academic libraries. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 11(4), 393-411.
- Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö. R., & Üzgöl, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde yatan hasta memnuniyeti (genel cerrahi anabilim dalı örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4), 205-214.
- Türkuğur, Ü., Alıcı, B., Uzuntarla, Y., & Güleç, M. (2016). Yatan hasta memnuniyetinin incelenmesi: Bir eğitim hastanesi örneği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58: 170-173.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK) (2018). Erişim adresi: Hekim sayısı, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Hekim Başına Düşen Toplam Müracaat Sayısı, 2018, <https://tuikweb.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30/04/2021).
- Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK) (2020). Erişim adresi: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2020, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210> (Erişim Tarihi: 10/02/2021).
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2021). Türk Dil Kurumu Sözlükleri, Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 15.01.2021).
- Tütüncü, Ö., Doğan, İ. Ö., & Topoyan, M. (2004). Süreçlerle Yönetim ve Bir Hizmet İşletmesi Uygulaması. *Selçuk Üniversitesi IV. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu Bildiriler*. Konya, 354-360.
- Uçak, T. H. (2020). *Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi kapsamında otelcilik hizmetlerinin incelenmesi: (bir alan araştırması)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ufuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Uludağ, A., & Zengin, N. (2016). Sağlıkta şiddete hasta şikayetlerinde yer alan olumsuz ifadeler açısından bir bakış: Konya Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3),71-86.
- Uluskan, M., McCreery, J.K., & Rothenberg, L. (2018), Impact of quality management practices on change readiness due to new quality implementations. *International Journal of Lean Six Sigma*, 9(3), 351-373.

- Upadhyai, R., Jain, A. K., Roy, H. & Pant, V. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement. *Journal of Health Management*, 21(1), 102-127.
- Uzkesici, N. (2002). *Sağlık kurumları yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Ünal, D., Öztürk, A., Tolga, Y., Taşdelen, C., Yazlak, Z., Ögüt, E., Gündüz, E., & Elmalı, F. (2008). Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 85-98.
- Ünal, Y. (2015). *İlkokullarda görevli yönetici öğretmenlerin toplam kalite yönetimine karşı tutumları*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Zirve Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- van Kemenade, E., & Hardjono, T. W. (2019). Twenty-first century Total Quality Management: the Emergence Paradigm. *The TQM Journal*, 31(2), 150-166.
- Vargas, L. M. (1998). *The relationship between compliance-gaining and relational communication in a health care context*. (Unpublished Master's thesis). University of California, Fullerton, CA.
- Varni, JW. Seid, M. and Kurtin, PS. (1999). Pediatric health-related quality of life measurement technology: A guide for health care decision makers. *J Clin Outcomes Manage.*, 6, 33-40.
- Verleye, K., De Keyser, A., Vandepitte, S. & Trybou, J. (2020). Boosting Perceived Customer Orientation as a Driver of Patient Satisfaction. *Journal for Healthcare Quality*, DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000283.
- Waal, B. D., Ravesteyn, P., & Maris, A. (2017). BPM Maturity and Performance: The Influence of Knowledge on BPM. *Communications of the IIMA*, 15(2), 1-15.
- Wagner, D., & Bear, M. (2008). Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 692-701.
- Ware, J., Snyder, M., Wright, R., & Davies, A. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Programme Planning*, 6, 247-263.
- Wawak, S. (2018). Quality inspection. Erişim adresi: https://ceopedia.org/index.php/Quality_inspection (Erişim Tarihi: 30/12/2018).
- Weng, R. H., Chen, J. C., Pong, L. J., Chen, L. M., & Lin, T. C. (2016). The impact of market orientation on patient safety climate among hospital nurses. *Eval Health Prof.*, 39(1), 65-86.
- Wolf, M. H., Putnam, S. M., James, S. A., & Stiles, W. B. (1978). The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 391-401.

- World Health Organization. (2015). The Sustainable Development Goals; WHO: Geneva, Switzerland.
- Wu, J., Zhang, S., Chen, H., Lin, Y., Dong, X., Yin, X. Lu, Z., & Cao, S. (2016). Patient Satisfaction with Community Health Service Centers as gatekeepers and the influencing factors: A Cross-Sectional Study in Shenzhen. *PLoS ONE*, 11.
- Wung, B. A., Peter, N. F., & Atashili, J. (2016). Clients' satisfaction with HIV treatment services in Bamenda, Cameroon: a crosssectional study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–9.
- Yağmurcu, F. (2015). *Hastanelerde toplam kalite yönetimi ve mardin devlet hastanesi uygulaması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yasin, S. M., Abdull Latip, N. S., Ariffin, F., Hashim, H., & Omar, M. (2017). Determinants of patient's satisfaction towards hospital services in a specialist centre Pertanika. *J. Sci. & Technol*, 25, 169 – 178.
- Yeşilyurt, Ö. (2018). *Sağlık işletmesinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk ve algılanan değer boyutlarının hasta memnuniyeti ve davranışsal niyeti üzerine etkisinin yapısal eşitlik modeli ile değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yıldırım, A. (2014). Sağlık kurumlarında üretim ve süreç yönetimi üzerine bir değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 29, 457-474.
- Yıldırım, A., & Bakır, M. Ş., (2014). Sağlık Kurumlarında Üretim ve Süreç Yönetimi Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği, *İstanbul Kültür Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, Bildiriler, Kongreler ve Sempozyumlar*, 2014-03.
- Yıldırım, H. (2002). *Eğitimde toplamda kalite yönetimi*, 1. Baskı. Ankara: Nobel Yayınları.
- Yıldız, Z. (2018). *Şehir hastanelerinde hasta memnuniyeti ölçeğinin geliştirilmesi ve yapısal eşitlik modeli ile analizi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Yılmaz, M. (2019). *Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörler*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Samsun.
- Yılmaz, S. N., (2017). *Sağlık Çalışanlarında Toplam Kalite Yönetimi ve İş Performansı Algısı: Bir Kamu Hastanesi Örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Young, G., Meterko, M., & Desai, K. (2000). Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care*, 38, 325–334.

- Yurtsever, A. (2015). *Acil sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yuvañ, C. (2017). *ADÜ aile hekimliği polikliniği'nde hasta memnuniyeti ve etkileyen faktörler*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Aydın.
- Yükçü, S., & Atağan, G. (2009). Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 235–252.
- Yüksel, S. (2015). *Hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkileri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Zaim, H., & Tarım, M. (2010) Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, Sayı:59.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (2000). *Services Marketing: Integrating Customer Focus across the Firm*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Zineldin, M. (2006). The quality of healthcare and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Q model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60–92.

EKLER

Ek: 3 Anket sorularının son hali verilmeden önce alınan uzman görüşü

Soru No	Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Sayı	Değer
1	Hasta kabul ve çıkış işlemleri hızlı bir şekilde yapıldı.	c	b	b	a	a	a	a	6	0,85
2	Hasta kabul ve taburcu işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.	c	a	b	b	a	b	a	6	0,85
3	Taburcu olduktan sonra yapmam gerekenler konusunda ayrıntılı bir şekilde bilgilendirildim.	a	a	a	c	a	a	a	6	0,85
4	Doktorum taburcu sonrası yapmam gerekenleri kolayca anlayabileceğim şekilde anlattı.	a	b	c	a	a	b	b	6	0,85
5	Taburcu olurken doktorum, yeni yazdığı ilaçları niçin yazdığını, yan etkilerini ve nasıl kullanmam gerektiğini net bir şekilde açıkladı.	a	b	a	b	a	a	c	6	0,85
6	Doktorun tavsiyelerine uymanın benim için kolay olduğunu hissettim.	b	b	d	b	d	b	b	5	0,71
7	Doktorun bana söylediklerine harfiyen uymanın bana zor olacağını inanıyorum.	b	c	b	d	b	b	b	5	0,71
8	Doktorun yazdığı ilaç tedavisine tam anlamıyla uyacağımı düşünüyorum.	b	c	b	c	b	b	b	5	0,71
9	Hasta kabulde görev alan personel kibardır.	b	b	c	c	c	b	b	5	0,71
Tanı ve Tedavi Süreci										
1	Aldığım tedavi, tedavi sürecinde çektiğim tüm zahmetlere değdi.	d	b	c	a	a	b	a	6	0,85
2	Bakım ve tedavi personelinin tamamı hastalığım ile ilgili en iyi tedaviyi uygulamak için çaba gösterdi.	a	a	b	a	a	b	a	7	1
3	Tanı ve tedaviler için bekleme süreleri uygundu.	a	a	a	c	a	a	a	6	0,85

4	Tanı ve tedavi sürecinde rahat etmem için gerekli özen gösterildi.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
5	İhtiyacım olduğunda ilgili personel en kısa sürede müdahale etti.	a	b	c	a	a	a	a	6	0,85
6	Tedavi sürecinde doktorlar benim için yeterli zaman ayırdılar.	a	b	a	a	a	a	a	7	1
7	Hastanenin işleyişi hastaların ihtiyaçlarına cevap vermeyi kolaylaştırmaktadır.	a	a	d	c	a	a	a	5	0,71
8	Bana kusursuz bir tedavi uygulandı	b	b	b	c	c	b	b	5	0,71
9	Eczane, görüntüleme odası, kan bankası ve laboratuvarlarda bekleme zamanları makuldür.	c	b	b	b	c	b	b	5	0,71
10	Tarafıma her zaman ilk seferde doğru hizmetler sunuldu.	b	d	b	b	d	b	b	5	0,71
11	Hekimin tedavisi çektiğim zahmete değmedi.	d	d	b	b	b	b	b	5	0,71
12	Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin yönlendirilmesi iyi yapıldı.	b	b	b	b	d	d	b	5	0,71
13	Servisteki işlemler sırasına uygun ve düzenli bir şekilde yapıldı.	b	b	b	b	d	d	b	5	0,71
İnsan Kaynakları Süreci										
1	Tedavimi yapan doktorların gerekli uzmanlık becerisine sahip olduğuna inanıyorum.	a	a	b	a	a	a	a	7	1
2	Hastane personelinin hasta, ziyaretçi ve refakatçilere karşı davranışı kibardı.	a	a	b	a	a	a	c	6	0,85
3	Hastane personeli herhangi bir problem durumunda çözüm bulmaya istekliydi.	a	a	b	b	a	a	a	7	1
4	Bakımımı yapan hemşirelerin işlerini beceriyle yaptıklarını düşünüyorum.	b	a	b	a	a	b	a	7	1
5	Hastane personelinin temizliği ve genel görünümü düzgündü.	a	a	b	b	a	b	c	6	0,85
6	Tanı ve tedavi sürecinde hastane personeli mahremiyetime özen gösterdi.	a	b	c	a	a	a	a	6	0,85

7	Yemek servisi yapan personelin temizliği ve genel görünüşleri düzgündü.	b	b	d	b	d	b	b	5	0,71
8	Hastane personeli dostça ve yardım edici niteliklere sahipti.	b	b	b	d	b	b	d	5	0,71
9	Tetkik sürecinde mahremiyetime ve rahat etmeme önem verildi.	b	b	d	b	d	b	b	5	0,71
10	Doktorlar işlerini yaparken dikkatli ve ustaca davrandılar.	b	b	d	d	b	b	b	5	0,71
11	Diğer sağlık personeli işlerini yaparken dikkatli ve ustaca davrandılar.	b	b	b	d	b	b	d	5	0,71
İletişim Süreci										
1	Doktorlar tedavimle ilgili sık sık bilgilendirme yaptılar.	a	a	a	a	d	a	a	6	0,85
2	Doktorlar sorduğum sorulara anlayabileceğim şekilde cevap verdiler.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
3	Doktoruma hastalığım konusunda soru sorarken kendimi rahat hissettim.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
4	Doktorlar teşhis ve tedavi sonuçlarını benim anlayacağım şekilde açıkladılar.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
5	Hemşireler bakım planımı bana basit ve anlaşılır dille açıkladı.	b	a	a	a	a	a	a	7	1
6	Hemşireler sorularıma açık ve anlaşılır cevaplar verdiler.	b	a	a	a	a	a	a	7	1
7	İhtiyaç duyduğumda endişelerimi azaltmak için hemşireler beni dikkatli bir şekilde dinlediler.	b	a	a	a	a	a	a	7	1
8	Doktorlar beni soru sormaya teşvik ettiler.	b	b	b	d	d	b	b	5	0,71
9	Hastanedeki sekreterler benimle iyi iletişim kurdular.	b	b	b	d	d	b	b	5	0,71
10	Hasta bakıcılar benimle iyi iletişim kurdular.	b	b	b	b	d	d	b	5	0,71
Destek Hizmetleri Süreci										
1	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları yeterince rahattı.	a	a	a	a	a	b	a	7	1

2	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları temizdi.	a	a	a	a	a	b	a	7	1
3	Hastanenin fiziki görünümü genel olarak çekiciydi.	a	b	a	a	a	b	c	6	0,85
4	Hasta odası konforlu bir şekilde düzenlenmişti.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
5	Hasta odası temizdi.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
6	Hasta odasının içinde ve çevresinde gürültü yoktu.	a	a	c	a	a	a	a	6	0,85
7	Yemekler lezzetli ve iştah açıcıydı.	a	a	b	c	a	b	a	6	0,85
8	Hastane binası içinde yönlendirme levhaları net okunmaktaydı.	a	a	a	a	a	b	a	7	1
9	Hastane binası içinde yeterli sayıda yönlendirme levhaları vardı.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
10	Hastanede hizmet almam gereken birimler kolayca ulaşabileceğim şekilde düzenlenmişti.	a	a	a	a	a	a	a	7	1
11	Hastane birimleri için ayrılan alanlar yeterli büyüklükteydi.	a	b	b	a	c	a	a	6	0,85
12	Hastanede tanı ve tedavi için yeteri kadar teknolojik cihaz ve teçhizat bulunduğu inanıyorum.	a	a	a	a	d	a	a	6	0,85
13	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odalarının sessizlik düzeyi uygundu.	b	b	d	d	b	b	b	5	0,71
14	Hasta odasının dekoru güzeldi.	b	d	d	b	b	b	b	5	0,71
15	Hasta odasının sıcaklığı uygundu.	b	b	d	b	b	d	b	5	0,71
16	Hastanede kullanılan teçhizat en son teknolojiye sahiptir.	b	b	b	d	d	b	b	5	0,71
17	Cihazlardan (test sonucu vs) elde edilen sonuçlar güvenilirdir.	d	b	b	b	b	b	d	5	0,71
18	Hastanede kullanılan teknolojik cihazlar (Röntgen ve MRI gibi) yeterli sayıdadır.	b	b	b	b	b	d	d	5	0,71

Açıklama:**a:** Oldukça uygun**b:** Uygun- madde gözden geçirilmeli**c:** Biraz uygun-madde revize edilmeli**d:** Uygun değil**Ek: 4 Geliştirilen ölçeğin ifadeleri, kodları ve yararlanılan referanslar**

Kodlar	Ölçek İfadeleri	Referanslar
HKTS	Hasta Kabul ve Taburcu Süreci	
HKTS1	Hasta kabul ve taburcu işlemleri hızlı şekilde yapıldı.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
HKTS2	Hasta kabul işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.	Duggirala, Rajendran and Anantharaman (2008)
HKTS3	Hasta taburcu işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
HKTS4	Taburcu olduktan sonra yapmam gerekenler konusunda ayrıntılı bir şekilde bilgilendirildim.	Zineldin, (2006)
HKTS5	Taburcu olurken doktorum, yeni yazdığı ilaçları niçin yazdığını ve nasıl kullanmam gerektiğini net bir şekilde açıkladı.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
HKTS6	Doktorum taburcu sonrası yapmam gerekenleri kolayca anlayabileceğim şekilde anlattı.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
HKTS7	Doktorun bana söylediklerine harfiyen uymanın bana zor olacağını inanıyorum.	Prenner (2001)
HKTS8	Doktorun yazdığı ilaç tedavisine tam anlamıyla uyacağımı düşünüyorum.	Kim, (2000)
HKTS9	Hasta kabulde görev alan personel kibardır.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
TTS	Tanı ve Tedavi Süreci	
TTS1	Aldığım tedavi, tedavi sürecinde çektiğim tüm zahmetlere değdi.	Prenner (2001)
TTS2	Bakım ve tedavi personeli hastalığımla ilgili en iyi tedaviyi uygulamak için çaba gösterdi.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
TTS3	Tanı ve tedavi süreci için bekleme süreleri uygundu.	Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988, 1991, 1993)
TTS4	Tanı ve tedavi sürecinde rahat etmem için gerekli özen gösterildi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
TTS5	Tedavi sürecinde doktorlar benim için yeterli zaman ayırdılar.	Sezgin, (1998)
TTS6	İhtiyacım olduğunda ilgili personel en kısa sürede müdahale etti.	Sezgin, (1998)
TTS7	Tanı ve tedavi sürecinde hastane personeli mahremiyetime özen gösterdi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
TTS8	Hastanenin işleyişi hastaların ihtiyaçlarına cevap vermeyi kolaylaştırmaktadır.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
TTS9	Eczane, görüntüleme odası, kan bankası ve laboratuvarlarda bekleme zamanları makuldür.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
TTS10	Tarafıma her zaman ilk seferde doğru hizmetler sunuldu.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)

TTS11	Hekimin tedavisi çektiğim zahmete değmedi.	Prenner (2001)
TTS12	Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin yönlendirilmesi iyi yapıldı.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
TTS13	Servisteki işlemler sırasına uygun ve düzenli bir şekilde yapıldı.	Bowen and Shoemaker (1998)
İK	İnsan Kaynakları Süreci	
İK1	Tedavimi yapan doktorların gerekli uzmanlık becerisine sahip olduğuna inanıyorum.	Cella vd., (2003)
İK2	Hastane personelinin bana, ziyaretçi ve refakatçilere karşı davranışı kibardı.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İK3	Hastane personeli herhangi bir problem durumunda çözüm bulmaya istekliydi.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İK4	Bakımımı yapan hemşirelerin işlerini beceriyle yaptıklarını düşünüyorum.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İK5	Hastane personelinin dış görünüşleri (giyim, temizlik) düzgündü.	Sezgin, (1998)
İK6	Tanı ve tedavi sürecinde hastane personeli mahremiyetime özen gösterdi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
İK7	Yemek servisi yapan personelin temizliği ve genel görünüşleri düzgündü.	Sezgin, (1998)
İK8	Hastane personeli dostça ve yardım edici niteliklere sahipti.	Varni, Seid, ve Kurtin (1999)
İK9	Tetkik sürecinde mahremiyetime ve rahat etmeme önem verildi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
İK10	Doktorlar işlerini yaparken dikkatli ve ustaca davrandılar.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
İK11	Diğer sağlık personeli işlerini yaparken dikkatli ve ustaca davrandılar.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993),
İ	İletişim Süreci	
İ1	Doktorlar tedavimle ilgili sık sık bilgilendirme yaptılar.	Kim, (2000)
İ2	Doktorlar sorduğum sorulara anlayabileceğim şekilde cevap verdiler.	Kim, (2000)
İ3	Doktoruma hastalığım konusunda soru sorarken kendimi rahat hissettim.	Kim, (2000)
İ4	Doktorlar teşhis ve tedavi sonuçlarını benim anlayacağım şekilde açıkladılar.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
İ5	Hemşireler bakım planımı bana basit ve anlaşılır dille açıkladılar.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
İ6	Hemşireler sorularıma açık ve anlaşılır cevaplar verdiler.	Wolf vd., (1978), Vargas (1998)
İ7	İhtiyaç duyduğumda endişelerimi azaltmak için hemşireler beni dikkatli bir şekilde dinlediler.	Sezgin, (1998)
İ8	Doktorlar beni soru sormaya teşvik ettiler.	Kim, (2000)
İ9	Hastanedeki sekreterler benimle iyi iletişim kurdular.	Yıldız, (2018)
İ10	Hasta bakıcılar benimle iyi iletişim kurdular.	Yıldız, (2018)
DH	Destek Hizmetleri Süreci	
DH1	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları yeterince rahattı.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
DH2	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları temizdi.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
DH3	Hastanenin fiziki görünümü genel olarak güzeldi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)

DH4	Hasta odası konforluydu.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
DH5	Hasta odası temizdi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
DH6	Hasta odası gürültü değildi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993), Press Ganey Associates, Inc. (2002)
DH7	Yemekler lezizdi.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
DH8	Hastane binası içinde yeterli sayıda yönlendirme levhası vardı.	Mourshed ve Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH9	Hastane binası içindeki yönlendirme levhaları rahat bir şekilde okunuyordu.	Mourshed ve Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH10	Hastanede hizmet almam gereken birimler kolayca ulaşabileceğim şekilde düzenlenmişti.	Mourshed ve Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH11	Hizmet aldığım birimleri için ayrılan alanlar yeterli büyüklükteydi.	Mourshed and Zhao, (2012), Giuli vd., (2013), Karaalp, (2014)
DH12	Hastanede tanı ve tedavi için yeteri kadar teknolojik cihaz ve teçhizat bulunduğu inaniyorum.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
DH13	Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odalarının sessizlik düzeyi uygundu.	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
DH14	Hasta odasının dekoru güzeldi.	Darby, (1997)
DH15	Hasta odasının sıcaklığı uygundu.	Darby, (1997)
DH16	Hastanede kullanılan teçhizat en son teknolojiye sahiptir.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
DH17	Cihazlardan (test sonucu vs) elde edilen sonuçlar güvenilirdir.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)
DH18	Hastanede kullanılan teknolojik cihazlar (Röntgen ve MRI gibi) yeterli sayıdadır.	Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, 1991, 1993)

EK-5: Anket Formu

SAĞLIK KURULUŞLARINDA SÜREÇ KALİTESİNİN HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİNE YÖNELİK BİR ANKET ÇALIŞMASI

Değerli katılımcı, bu çalışma ile sağlık kuruluşlarındaki süreç kalitesinin hasta memnuniyetine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilecek bilgiler bilimsel bir çalışmaya temel oluşturacak ve kesinlikle başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Anketi doldurmanız yaklaşık olarak 10-15 dakikanızı alacaktır. Zaman ayırıp bu formu doldurarak, çalışmamıza yapacağınız önemli destek ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN & Kadir YILDIRIM

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

CİNSİYETİNİZ ☐ Kadın ☐ Erkek

MEDENİ HALİNİZ ☐ Bekar ☐ Evli

MESLEĞİNİZ

EĞİTİMİNİZ ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐
Lisans ☐ Lisansüstü

YAŞINIZ

AYLIK ORTALAMA KİŞİSEL GELİRİNİZ

YAŞADIĞINIZ ŞEHİR

HİZMET ALDIĞINIZ HASTANE ADI

.....

NOT: Aşağıdaki soruları son bir yıl içinde en son yatarak hizmet aldığınız hastaneyi dikkate alarak cevaplayınız.

Aşağıdaki soruların doğru cevabı kişiden kişiye göre değişmektedir. Lütfen soruları cevaplarken size en doğru olanı işaretleyiniz. 1. “Hasta Kabul ve Taburcu Süreci” ile ilgili aşağıda verilen ifadelere katılım derecenizi size en uygun seçeneği işaretleyerek (x) lütfen belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Hasta kabul ve taburcu işlemleri hızlı şekilde yapıldı.					
2. Hasta kabul işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.					
3. Hasta taburcu işlemleri bana en uygun saatlerde yapıldı.					
4. Taburcu olduktan sonra yapmam gerekenler konusunda ayrıntılı bir şekilde bilgilendirildim.					
5. Taburcu olurken doktorum, yeni yazdığı ilaçları niçin yazdığını ve nasıl kullanmam gerektiğini net bir şekilde açıkladı.					
6. Doktorum taburcu sonrası yapmam gerekenleri kolayca anlayabileceğim şekilde anlattı.					
2. “Tanı ve Tedavi Süreci” ile ilgili aşağıda verilen ifadelere katılım derecenizi size en uygun seçeneği işaretleyerek (x) lütfen belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Aldığım tedavi, tedavi sürecinde çektiğim tüm zahmetlere değdi.					
2. Bakım ve tedavi personeli hastalığımla ilgili en iyi tedaviyi uygulamak için çaba gösterdi.					
3. Tanı ve tedavi süreci için bekleme süreleri uygundu.					
4. Tanı ve tedavi sürecinde rahat etmem için gerekli özen gösterildi.					
5. Tedavi sürecinde doktorlar benim için yeterli zaman ayırdılar.					
6. İhtiyacım olduğunda ilgili personel en kısa sürede müdahale etti.					
7. Tanı ve tedavi sürecinde hastane personeli mahremiyetime özen gösterdi.					

3. “İnsan Kaynakları Süreci” ile ilgili aşağıda verilen ifadelerle katılım derecenizi size en uygun seçeneği işaretleyerek (x) lütfen belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Tedavimi yapan doktorların gerekli uzmanlık becerisine sahip olduğuna inanıyorum.					
2. Hastane personelinin bana, ziyaretçi ve refakatçilere karşı davranışı kibardı.					
3. Hastane personeli herhangi bir problem durumunda çözüm bulmaya istekliydi.					
4. Bakımımı yapan hemşirelerin işlerini beceriyle yaptıklarını düşünüyorum.					
5. Hastane personelinin dış görünüşleri (giyim, temizlik) düzgündü.					
4. “İletişim Süreci” ile ilgili aşağıda verilen ifadelerle katılım derecenizi size en uygun seçeneği işaretleyerek (x) lütfen belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Doktorlar tedavimle ilgili sık sık bilgilendirme yaptılar.					
2. Doktorlar sorduğum sorulara anlayabileceğim şekilde cevap verdiler.					
3. Doktoruma hastalığım konusunda soru sorarken kendimi rahat hissettim.					
4. Doktorlar teşhis ve tedavi sonuçlarını benim anlayacağım şekilde açıkladılar.					
5. Hemşireler bakım planımı bana basit ve anlaşılır dille açıkladılar.					
6. Hemşireler sorularıma açık ve anlaşılır cevaplar verdiler.					
7. İhtiyaç duyduğumda endişelerimi azaltmak için hemşireler beni dikkatli bir şekilde dinlediler.					
5. “Destek Hizmetleri Süreci” ile ilgili aşağıda verilen ifadelerle katılım derecenizi size en uygun seçeneği işaretleyerek (x) lütfen belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

1. Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları yeterince rahattı.					
2. Koridorlar, tanı ve test odaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dinlenme odaları temizdi.					
3. Hastanenin fiziki görünümü genel olarak güzeldi.					
4. Hasta odası konforluydu.					
5. Hasta odası temizdi.					
6. Hasta odası gürültü değildi.					
7. Yemekler lezzetli.					
8. Hastane binası içinde yeterli sayıda yönlendirme levhası vardı.					
9. Hastane binası içindeki yönlendirme levhaları rahat bir şekilde okunuyordu.					
10. Hastanede hizmet almam gereken birimler kolayca ulaşabileceğim şekilde düzenlenmişti.					
11. Hizmet aldığım birimleri için ayrılan alanlar yeterli büyüklükteydi.					
12. Hastanede tanı ve tedavi için yeteri kadar teknolojik cihaz ve teçhizat bulunduğu inanıyorum.					
6. “Hasta Memnuniyeti” ile ilgili aşağıda verilen ifadelere katılım derecenizi size en uygun seçeneği işaretleyerek (x) lütfen belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşıladı.					
2. Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.					
3. Bu hastanenin hizmetlerinin diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.					
4. Bu hastaneyi seçmekte doğru bir iş yaptığımı düşünüyorum.					
5. Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.					

EK-5: Etik Kurul Raporu

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/12/2019-E.489



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı :61923333/050.99/
Konu :19/13 Kadir YILDIRIM

31/12/2019

Sayın Kadir YILDIRIM

İlgi : Kadir YILDIRIM 31/12/2019 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 08.01.2020 tarihli ve 19 sayılı toplantısında alınan "13" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Arif BİLGİN
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı

13. Kadir YILDIRIM'ın " Sağlık Kuruluşlarındaki Süreç Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi (Bir Uygulama) " başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda Kadir YILDIRIM'ın " Sağlık Kuruluşlarındaki Süreç Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi (Bir Uygulama) " başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Kadir YILDIRIM, 2002 yılında Samsun Yüzüncüyıl Lisesinden mezun oldu. 2007 yılında Atatürk Üniversitesi Erzincan Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği bölümünden mezun oldu. 2012 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı ve 2015 yılında tamamladı. 2015 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalında doktora programına başladı. Evli ve bir çocuk babasıdır.

