

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN HASTA MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: YALOVA İLİ ÖRNEĞİ

¹ Cevdet Kızıl , ² Vedat Akman , ³ Selman Öztürk

ÖZET

Bu çalışmada, Yalova ilinde bulunan aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastaların aldıkları hizmetlerle ilgili memnuniyet düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini 100 hasta oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında hastalarla yüz yüze görüşülerek anket metodolojisinden yararlanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hastalar bir sorunla karşılaştıklarında ilk olarak aile hekimine başvurmaktadır. Bunu sırasıyla devlet hastanesine başvuranlar ve üniversite hastanesine ya da özel hastane-özel muayenehaneye başvuranlar takip etmektedir. Çalışma, aynı zamanda ankete cevap veren katılımcılardan büyük çoğunluğunun aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebinin muayene olmak olduğunu göstermiştir. Bunu, asıl başvurma sebebine göre ilaç yazdıranlar ve diğer sebeplerden başvuranlar izlemektedir. Araştırmada Kruskal-Wallis H Testi ile Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Aile sağlığı merkezine başvuranlardan asıl sebebi farklı olan gruplar arasında hasta memnuniyet puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebi muayene olmak olanların hasta memnuniyet puanı en yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Hizmet, Kalite, Hasta Memnuniyeti, Yalova

Abstract:

In this study, it is aimed to the identify satisfaction levels of patients who receive service from family health centers in Yalova. The sample of research consists 100 patients. The survey methodology is utilized for the study and face-to-face interviews are run with each patient. The study revealed some important results. According to the research, when most of the patients face an issue or problem, they do first see their family doctors (physicians). These patients are consequently followed by individuals visiting the state (public) hospitals and persons applying to university hospitals or private hospitals-private clinics. Also, paralel to the research, the main contact reason of patients visiting the family health centers are examination. The following reasons are drug prescription and other reasons. This study takes advantage of the Kruskal-Wallis H Test and Mann-Whitney U Test. There is a statistically significant difference in terms of patient satisfaction score among groups which have different real reasons of application to family health centers. The patients who visit family health centers for mainly examination have the highest patient satisfaction score.

Keywords:Health, Service, Quality, Patient Satisfaction, Yalova

¹ Yrd.Doç.Dr., Yalova Üniversitesi, İİBF, İngilizce İşletme Bölümü, cevdetkizil@yahoo.com

² Yrd.Doç.Dr., Beykent Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, vedatakman@beykent.edu.tr

³ Yüksek Lisans Mezunu, Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, ozturk112.yhsm@gmail.com

GİRİŞ

Günümüzde özellikle son yıllarda endüstri sektöründe başlayan "Sürekli Kalite İyileştirme Arayışı" sağlık sektöründe de görülmektedir. Bunun sebebi, rekabetin çoğalması, insanların gelirlerinin yükselmesi, hastaların bilinçlenmesi, sağlık sigortacılığının gelişmesi gibi etkenlerdir. Yoğun rekabet ortamında, ayakta kalmak isteyen kurumlar, doğru işleri doğru yapmaya ve hasta memnuniyetine gereken önemi vermeye başlamışlardır. Sağlık sektöründe verilen hizmetin kalitesini belirlemek için, hasta memnuniyetinin ölçülmesi yıllardır yoğun bir şekilde işletmelerde uygulanmaktadır. Hasta memnuniyetinin tespit edilmesine olan bu ilgi Türkiye'de de yaygınlaşmaktadır.

Çeşitli unsurlardan etkilenen hasta memnuniyeti karışık bir kavram olup, nitelikli hasta bakımının önemli bir göstergesidir. Hastalara verilen hizmet kalitesini ifade eden kuramlar yetersiz olduğundan hasta memnuniyeti, genel olarak, sunulan hizmetin hastanın istek ve beklentilerini birebir karşılaması veya hastanın sunulan hizmetin ne kadarını algıladığına dayanmaktadır. Bu sebeple kaynaklarda hasta memnuniyetinin asıl unsurunu, hastaların beklentileri ve büyük oranda hasta ve sağlık çalışanlarının beraberliğinin meydana getirdiği vurgulanmaktadır.

Son yıllarda daha kaliteli sağlık hizmeti sağlamak için Türkiye'de önemli çalışmalar yapılmaktadır. Bu doğrultuda, 2003 yılından itibaren kademeli olarak uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve kapsamında aile hekimliği sistemine geçiş vurgulanmalıdır. Bu sistem sağlık çalışanlarının rollerinde ve mesleki tanımlamalarında bir takım değişiklikler getirmiştir. Aile sağlığı birimlerinde hizmet veren aile hekimlerinin yanında görevli olarak, daha önce aynı kurumda, ebe, hemşire veya sağlık memuru olarak çalışan sağlık personelleri, aile sağlığı elemanı olarak görev yapmaya başlamıştır.

Dolayısıyla bu çalışma; aile sağlığı merkezlerine, Türkiye'nin sağlık hizmetleri sistemine ve sorunlarına, gereksinimlerine ışık tutabilmek amacıyla sağlıkta toplam kalite yönetiminin önemli göstergelerinden ve ölçütlerinden biri olan sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Aile sağlığı merkezlerinin görevleri, hastalar ile olan ilişkileri, hastaların beklentileri ve memnuniyetleri ele alınmıştır.

2.LİTERATÜR TARAMASI

Hizmet, literatürde bir topluluktan diğerine sunulan herhangi bir şeyin sahipliği ile neticelenmeyen, bir faaliyet ya da faydalar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Hizmet üretimi maddesel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir. Bir diğer tarif de, doğrudan satışa sunulan ya da ürünlerin (mal/hizmet) satışıyla birlikte sağlanan kazançlar veya tatmin olarak ifade edilmektedir (Tenekecioğlu, 1992). Bu

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

tanıma göre, hizmetler iki gruba ayrılırlar Bunlardan birincisi avukatlık, sigortacılık gibi mallardan ve başka hizmetlerden (satış öncesi, satış anında ve satış sonrası) bağımsız olarak satışa sunulan hizmetlerdir. İkincisi ise kredi, bakım, eğitim gibi mallar veya hizmetlerle birlikte satın alınan hizmetlerdir. Hizmetlerle ilgili tanımlar incelendiğinde hizmetin soyut özelliğe sahip olması ve tüketiciye çeşitli yönlerden fayda sağlaması gibi bir ortak noktanın olması göze çarpmaktadır. Genel olarak kullanma amacına uygunluk derecesi tarzında tarif edilen kalite, hem mal hem de hizmet üreten işletmeler için dikkate alınması gereken bir kavramdır. Çünkü ürün niteliğinin iyileştirilmesi, hatalı üretimin minimuma indirilmesinin sonucu olarak, para ve zaman kaybını önler. Dolayısıyla da verimliliğin artması sağlar, daha düşük maliyetle daha üstün niteliklere sahip ürünlerin üretilmesi mümkün olur. Kalite seviyesinin yükseltilmesiyle rekabet üstünlüğü oluşturularak, işletmelerin pazar payları artar ve saygınlık kazanırlar. Nitelikli ürünler sunmanın sosyal boyutu olarak toplumların yaşam standartlarında artış görülmesi, diğer bir ifadeyle, kalitenin hayat koşullarına yansımaları vurgulanabilir (Atan, 2003).

Aynı zamanda literatüre göre, mallardan ayıran dört temel özellik hizmeti farklı kılmaktadır. Bunlardan ilki soyut olması, bir başka ifadeyle hizmetlerin elle tutulamaz oluşudur. Satın almadan önce hizmetlere dokunulamaz, görülemez ve değeri hesaplanamaz. Bir hizmetin satın alımı ve tüketilmesi kısa bir zaman içinde gerçekleşir ve tamamen tecrübe etmeye dayalıdır. Hizmetlerin ikinci özelliği eşzamanlılık, bir başka ifadeyle üretiminin ve tüketiminin birbirinden ayıramamasıdır. Hizmetlerin üçüncü niteliği ise özellikle emek içeriği fazla olanların heterojen olmalarıdır. Hizmetin dördüncü özelliği de dayanıksız olma özelliği taşıması, bir başka ifadeyle depolanamaz oluşudur (Atan, 2003).

Sağlık sektörü ise, sağlık hizmeti sunmak ve toplumu sağlıklı kılmak amacıyla ortaya koymak üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek, arz etmek, talep etmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile, bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü ve ürünlerin tümünü belirtmek için kullanılan, genel bir kavramdır. Kişinin yaşam, varlığını koruma ve güvenliğinin sağlanması hakkı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda yer almıştır. Bu hak sosyal güvenliğin sağlanması ile gerçekleşecektir. Sosyal güvenlik, toplumdaki tüm bireylerin sosyal risklere karşı korunmasıdır. En önemli sosyal haklardan biri de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır (Velioğlu, 1998). Sağlık hizmetleri, kişinin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde bulunması amacıyla yürütülen koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici faaliyetlerin bir bütünüdür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin herkese eşit, ulaşılabilir ve memnuniyet sağlayacak bir düzeyde verilmesi gerekir. Ancak, bu hizmetler, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmalıdır.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Toplumun kültürüne, alışkanlıklarına ve beklentilerine uygun olmayan sağlık hizmetleri, toplum tarafından benimsenmez ve kullanılmaz. Başka bir ifade ile, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde toplumun özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesi ve bunların dikkate alınması, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve verimini artırır (Öztek, 1996).

İlgili literatürde, eğitim ve sağlık sorunlarını çözen ülkelerin kalkınmış oldukları kabul edilmektedir. Toplumun sağlık sorunlarını en iyi şekilde çözmek, sistemlerin öncelikli bir politikası olmalıdır. Bunun bilincinde olan toplumlar, yeterli ve her kesime eşit şekilde sağlık hizmeti sunabilmek için çeşitli önlemler almışlar ve uygulamaya başlamışlardır (Velioğlu, 1998).

Türkiye'nin genel ekonomik ve sosyal sorunlarına paralel olarak gelişmekte olan sağlık hizmetleri, arz ve sunum hususunda karşılaşılan problemlerden etkilenmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili iki temel sorun vardır. Birincisi hızlı ve düzensiz kentleşmedir. Belirtilen sorun sağlık hizmetleri sunumunu hazırlıksız halde bırakarak ciddi bir sağlıksızlık patlamasını oluşturmuştur. Ölüm oranlarının nicelik ve niteliğindeki değişimler, erken ölümlerdeki artış, hızlı kentleşme sonucu salgın hastalıklarda artış, sanayileşme sonucu zehirlenme olaylarının yükselmesi, beslenme bozukluklarının görülmesi, temel sağlık hizmetlerinin dengesizliği ve yaşantı tarzlarının sağlıksızlığı yaşanan sorunlardan sadece birkaçıdır. İkincisi ise sağlık sisteminin organizasyon yapısıyla ilgilidir. Varlığını sürdürmekle birlikte tüm ülke genelinde oluşturulmuş ve sağlık hizmetlerinin sistematik bir şekilde yürütülmesini sağlayan bir sağlık politikası Türkiye'de tam olarak oturmuş değildir. Genel olarak Türkiye'nin sağlık hizmetleri arz ve talep düzeyleri ile ilgili ülke gerçeklerine uygun, uzun dönemli planlar yerine farklı şekillerde geliştirilen ve bütüncül bir yaklaşım sergilemeyen istikrarsız bir yapıya sahiptir (Mardin, 2000).

İsteklerin tüketici tarafından belirlenememesi, bir bölümünün toplumsal olma özelliği, kar amaçlı değil sosyal amaçlı olması, isteklerin tesadüfiliği ve istek esnekliğinin katı olması gibi özellikleri sağlık hizmetlerinde arzın pahalılığını belirler. Sağlık hizmetinin amacı etkili, verimli, ekonomik, kaliteli, ulaşılabilir, uygun standartlarda; insancıl, hasta haklarına uygun ve ödenebilir bir maliyetle topluma sağlık hizmetini ulaştırma olmalıdır. Sağlık hizmetleri, çeşitli sağlık kurumlarında hastalıkların teşhis edilip tedavi altına alınmasıyla insanların mevcut sağlıklarının korunması için farklı tip sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetlerin tamamı olarak tanımlanır (Mete ve Ak,2001).

Aile hekimliği kavramı ise literatürde genel ifadeyle kendine has eğitim kapsamı, araştırması, klinik tabiki olan akademik ve ilmi bir disiplin olarak ifade edilir (Başak, 2013). Aile hekimleri veya pratisyen hekimler, aile hekimliği ilkelerine bağlı kalınarak eğitilmiş hekimlerdir.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Temel olarak yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapılmaksızın, tıbbi bakıma gereksinimi olan her bireye kapsamlı ve devamlılık özelliği taşıyan bakım sağlamaktan sorumlu kişisel doktorlar olarak ifade edilmektedirler (Dikici, Kartal ve Alptekin, Çubukçu, Ayanoglu, Yariş, 2007). Aile hekimliğinden kastedilen ise, bireylerin ve aile fertlerinin oturdukları yerlerin yakınlarında ya da kolayca ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları hekimlik uygulamasıdır. Bu hekimler, koruyucu doktorluk uygulamaları yanında ayakta teşhis ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu da üstlenirler (Korukluoğlu, 2004).

Aile sağlığı merkezleri literatürde dört grup halinde incelenmekte ve ele alınmaktadır. Bunlar A grubu, B, grubu, C grubu, ve D grubu şeklindedir. Aşağıdaki tabloda her grubun standartlarıyla ilgili detaylara yer verilmiştir (Resmi Gazete, 2013).

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Tablo 1: Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması

	STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu	
1	Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.			+	+	
2	Muayene odası asgari 14 m ² 'dir.				+	
3	Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.	+	+	+	+	
4	Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m ² 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m ² ilave edilir).	+	+	+	+	
5	Aile sağlığı merkezinde en az 10 m ² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemeleri odası" oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemeleri odası" planlanır).		+	+	+	*
6	Gebe izlemeleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m ² 'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" planlanır).			+	+	*
7	Aile sağlığı merkezinde aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibi yapılmakta ve kayıtları elektronik ortamda tutulmaktadır.			+	+	
8	Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m ² 'li bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmaktadır.				+	
9	Aile sağlığı merkezinde her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası planlanmıştır.				+	
10	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.	+	+	+	+	
11	Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).		+	+	+	
12	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için 11 inci satıra ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır.				+	
13	Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati uygulaması yapılmaktadır.			+	+	
14	Aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası bulunmaktadır.				+	
15	Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el antiseptiği bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Aile sağlığı merkezi, kurumca öngörülen nüfus kıstası temel alınarak sözleşme imzalamış bir ya da daha fazla sayıdaki aile hekimi tarafından açılabilir. Aile sağlığı merkezindeki konumu için her aile hekimi bağlı olduğu bölgedeki kurumun en üst yöneticisi ile, aile sağlığı elemanı ise birlikte çalışacağı aile hekimi ile sözleşme imzalamaktadır. Aile hekimleri, sundukları sağlık hizmetlerinde yardımcı olmak üzere yardımcı sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) ile temizlik, güvenlik, sekretarya, kalorifer ve benzeri hizmetler için şahsi veya diğer hekimlerle birlikte personel çalıştırabilir veya dışarıdan hizmet satın alabilirler. Eğitim aile sağlığı merkezleri ve müdürlükler tarafından uygun görülen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir (Resmî Gazete, 2013).

Bir takım asgari fiziki şartlar aile sağlığı merkezlerinde aranır. Binanın kolayca ulaşılabilir, emniyetli, standartlara uygun havalandırma, aydınlatma ve ısıtma imkânlarına sahip, toplam kullanım alanının tek aile hekimleri için 60 metrekareden az olmaması gerekir. Bir den fazla aile hekiminin beraber çalışması durumunda her hekim için 20 metrekare ekleme yapılır. Bir aile sağlığı merkezinde 2 ile 6 aile hekimliği biriminin olmasına büyük önem gösterilir. Aile sağlığı merkezlerinde bekleme ve danışma departmanları bulunur. Tek hekim için hasta bekleme alanında asgari 5, daha sonraki her aile hekim için ek olarak asgari 3'er adet olmak üzere yeterli sayıda bekleme koltuğu bulundurulur. Bekleme koltuklarının kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıya sahip olması; ahşap, PVC ya da metal malzemelerden yapılmışsa oturulan ve yaslanılan yerlerinin bir döşeme malzemesi ile kapatılmış olması gerekir. Bekleme alanlarında kurumca gönderilen güncel afiş ve broşürler düzenlenmiş panoda asılı olarak bulundurulur, panoya asılmayacak olan afiş ve broşürler çerçeve içerisinde bulundurulur. Hasta ve hasta yakınlarının öneri ve şikâyetlerini kolayca ulaştırılabilmesini sağlayacak dilek ve öneri kutuları bulundurulur. Muayene odalarının, her aile hekimi için asgari 10 metrekare olması gerekmektedir. Muayene odalarında lavabo bulunması gerekir. Tıbbi müdahale odaları, hastalara tıbbi girişimin yapılabilmesine imkan verecek büyüklükte, lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahaleler ve diğer işlemlerin yapılabilmesi için uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale ekipmanları, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir. Hastalar için laboratuvar hizmetlerinin aile hekimi tarafından merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için de uygun bir oda olmalıdır (Aydın, 2004).

Aile sağlığı merkezinin içinde kullanıma hazır, tüm aile hekimliklerince de kullanılabilen mahremiyet kurallarının uygulandığı, bebek bakım ve emzirme yeri ya da odası bulunur.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Hastaların kullanabileceği tercihen kadın ve erkek için ayrı ayrı olmak üzere birbirinden ayrılmış, bağımsız tuvalet ve lavaboların olması gerekir. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp sepeti bulundurulur. Tuvaletlerde acil çağrı butonu bulundurulur (Dikici, Kartal ve Alptekin, Çubukçu, Ayanoğlu, Yarış, 2007).

Aile sağlığı merkezlerinin binaların giriş katlarında bulunması tercih edilir. Engelli ve yaşlı kişilerin giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı önlemler alınır. Aile sağlığı merkezinde bulunan tıbbi hizmet odaları ile bekleme yerlerinde iç ortam sıcaklığı 18-27 derece (degrees celcius) arasında tutulur, muayene odasının iç ortam sıcaklığı için alt sınırın 20 derece (degrees celcius) olması gerekir. Isıtma soba hariç diğer yollardan sağlanır. Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya, bakım ve onarımı tam olmalıdır. Dış cephe boyası ve tamirata ile ilgili yapılması gereken istekler belirlenerek ilgili yerlere bildirilir. Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait yer kaplamasının kolay temizlenebilir özellikte olması gerekir. Yararlanma ömrünü tamamlamış veya gereksinim fazlası olan gereçler aile sağlığı merkezi içinde bulundurulamaz. Sağlık Bakanlığı'nın kullanımına verilen ve kurum tarafından aile hekimlerine kiralanmış bağımsız bina olarak kullanılan aile sağlığı merkezlerinin ilk çevre düzenlemesi müdürlük tarafından yapılır. Daha sonraki bakımları aile hekimleri tarafından devam ettirilir. Muayene odası dışında birinci fıkrada sayılan diğer odalar aile hekimlerince birlikte kullanılabilir (Resmi Gazete, 2013).

Literatürde hasta memnuniyeti ise hastaların hastane hizmetlerinden beklentileri ile deneyimleri arasındaki fark olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, genel olarak hastaların talep ve beklentilerine uygun hizmet verilmesidir (Kavuncubaşı, 2000). Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok hastanenin çağdaş pazarlama zihniyete sahip olduğu ve hasta odaklı bakım uygulamasına geçtiği görülmektedir. Bu uygulama ile hasta memnuniyetinde önemli bir artış sağlanmakta, hastane daha rekabetçi bir yapıya kavuşmakta, klinik bakım seviyesi artmakta, ortalama hastanede kalman gün sayısı ve maliyetler azalmakta ve prosedürler daha kısa sürmektedir (Öz, 2004). Sağlık durumunun göstergesi olarak kabul edilen hasta memnuniyetinin Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (World Health Organization - WHO, 2000) bazı özellikleri bulunmaktadır. Bunlar hizmetlerin güvenilirliği ve uygun şartlarda sunumu, hizmetin hizmeti talep edenin ihtiyaçlarıyla uyumlu ve sorumluluk anlayışı içinde verilmesi, hizmeti alana karşı saygı gösterilmesi, güvenlik ve hasta kayıtlarının güvenliği şeklinde listelenmektedir (Odabaşı, 2001).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

(ABD) hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Son yıllarda ise özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahip olmuştur (Köşgeroğlu, Acat ve Karatepe, 2005). 1980'li yıllardan itibaren, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti çok konuşulup tartışılmaya başlanmış ve hasta memnuniyeti konusunun popüleritesi de gün geçtikçe artmıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir artış olmuş ve aynı zamanda tüketici özelliklerinin yeniden gözden geçirilmesi gereği ortaya çıkmıştır (Solmaz, 2006).

Ayrıca, özel sağlık sigortalarının yaygınlaşması ve toplumlarda eğitim düzeyinin artmasıyla, verilen hizmeti eleştiren daha bilgili paydaşlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar, giderek artan bir oranda kendi sağlık bakımına katılmayı, karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmeyi ve tanırlarını anlamayı istemektedirler. Hasta veya hasta yakınlarınca kurum tarafından verilen bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığının değerlendirilmesi farklı zamanlarda farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Diğer yandan, hizmetlerin deneyiminin ardından yapılan değerlendirmeler kullanılan bir ürüne yönelik yapılan değerlendirmeden farklı özelliklere sahiptir. Örneğin, bir giysi giyip deneyerek ya da hazır kahveyi bir kullanımlık poşetini alıp tadarak beklentilerimize uyup uymadığına ilişkin kararımızı verebiliriz. Söz konusu olan sağlık hizmetlerinde ise böyle bir deneme ve değerlendirme olanağı yoktur. Deneyim ancak alınıp tüketildikten sonra kazanılmaktadır. Deneyimin yaratacağı memnuniyet duygusu ise o sağlık kurumundan tekrar yararlanma kararını yönlendirmektedir (Odabaşı, 2004).

Bununla birlikte literatür incelendiğinde, hasta memnuniyetini etkileyen bazı etmenlerin bulunduğu görülmektedir. Hasta memnuniyeti genel olarak hastaya, personele, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlı olmaktadır. Hastanın yaşı, öğrenim durumu, geliri, mesleği, cinsiyeti, dili, dini, ırkı ve aile düzeni gibi sosyo- demografik özellikleri hastanın duyacağı doyum derecesinde farklı roller oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılıklar gösteren bu ölçütler, sağlık hizmetlerinden duyulan doyum derecesi ile yakından ilişkilidir. Aynı şekilde hizmeti veren personel ve fiziki koşullar da hizmetten duyulan memnuniyeti etkilemektedir (Yıldız ve Yıldız, 2011).

3.UYGULAMA

Bu araştırmanın amacı, Yalova ilinde aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastaların hasta memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve memnuniyetin demografik değişkenlere göre incelenmesidir. Araştırma sonucunda hastaların beklentileri ve kurumlarda tespit ettikleri eksiklikler belirlenmeye çalışılmıştır. Hasta ile sağlık kurumu arasındaki etkileşimler ve sorunlar ele alınmak istenmiştir.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Araştırmanın evrenini Yalova ilinde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Yalova ilinde tedavi gören hastalardan seçilen 100 hasta oluşturmaktadır. Hastalar rastgele örneklem (random sampling) yöntemi ile seçilmiştir.

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişilerin bilgilerinin elde edildiği demografik sorular yer alırken, ikinci bölümde ise hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçüldüğü hasta memnuniyet ifadeleri yer almaktadır.

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

H1: Hasta memnuniyeti yaşa göre farklılık göstermektedir.

H2: Hasta memnuniyeti cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H3: Hasta memnuniyeti medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H4: Hasta memnuniyeti mesleki duruma göre farklılık göstermektedir.

H5: Hasta memnuniyeti bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk olarak başvurulana yere göre farklılık göstermektedir.

H6: Hasta memnuniyeti aile merkezine asıl başvurulma nedenine göre farklılık göstermektedir.

Araştırma neticesinde çeşitli önemli bulgular elde edilmiştir. Belirtilen bulgular, aşağıdaki tablolar aracılığıyla sunulmaktadır.

Tablo 2: Kişisel Bilgilere Göre Dağılım

		<i>n</i>	%
Yaş	30 yaş ve altı	18	18,0
	31-40 yaş	37	37,0
	41-50 yaş	33	33,0
	51 yaş ve üstü	12	12,0
Cinsiyet	Kadın	48	48,0
	Erkek	52	52,0
Medeni Durum	Evli	78	78,0
	Bekar	22	22,0
Mesleki Durumu	Memur	65	65,0
	İşçi	23	23,0
	Diğer	12	12,0
Eğitim Durumu	İlkokul	8	8,0
	Ortaokul	8	8,0
	Lise	19	19,0
	Yüksekokul	28	28,0
	Üniversite	30	30,0
	Yüksek lisans - Doktora	7	7,0
Bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda ilk olarak kime başvurmayı düşündünüz?	Aile Hekimine	66	66,0
	Devlet Hastanesine	19	19,0
	Üniversite ya da özel Hastane - Özel Muayenehane	15	15,0
Aile sağlığı merkezine başvurmanızın asıl sebebi nedir?	Muayene olmak için	67	67,0
	Diğer	11	11,0
	İlaç Yazdırmak İçin	22	22,0

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Ankete cevap veren katılımcılardan 30 yaş ve altı olanların oranı %18, 31-40 yaş arası olanların oranı %37, 41-50 yaş arası olanların oranı %33, 51 yaş ve üstü olanların oranı %12'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan cinsiyeti kadın olanların oranı %48, erkeklerin oranı %52'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan medeni durumu evli olanların oranı %78, bekar olanların oranı %22'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan mesleki durumu memur olanların oranı %65, işçi olanların oranı %23, meslek durumu diğer olanların oranı %12'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan eğitim durumu ilkökul olanların oranı %8, ortaokul olanların oranı %8, lise olanların oranı %19, yüksekokul olanların oranı %28, üniversite olanların oranı %30, yüksek lisans-doktora olanların oranı %7'dir.

Ankete cevap veren katılımcılardan bir sorunla karşılaştığında ilk aile hekimine başvuranların oranı %66, devlet hastanesine başvuranların oranı %19, üniversite ya da özel hastane-özel muayenehaneye başvuranların oranı %15'tir. Ankete cevap veren katılımcılardan aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebini muayene olmak için cevabını verenlerin oranı %67'dir. Diğer sebeplerden cevabını verenlerin oranı %11, ilaç yazdırmak için cevabını verenlerin oranı %22'dir.

Tablo 3: Yaş Gruplarının Hasta Memnuniyet Puanı Açısından

Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

	Yaş	n	Sıra Ort.	X ²	p
Hasta Memnuniyet Puanı	30 yaş ve altı	18	44,31	2,269	0,518
	31-40 yaş	37	54,11		
	41-50 yaş	33	47,59		
	51 yaş ve üstü	12	56,67		

Farklı yaş grupları arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre H1 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4: Cinsiyet Gruplarının Hasta Memnuniyet Puanı Açısından

Mann-Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	U	p
Hasta Memnuniyet Puanı	Kadın	48	53,63	1.098,000	0,300
	Erkek	52	47,62		

Farklı cinsiyet grupları arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre H2 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 5: Medeni Durum Gruplarının Hasta Memnuniyet Puanı Açısından Mann-Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	Sıra Ort.	U	p
Hasta Memnuniyet Puanı	Evli	78	52,30	717,500	0,242
	Bekar	22	44,11		

Medeni durumları farklı olan gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre H3 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 6: Meslek Gruplarının Hasta Memnuniyet Puanı Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

	Mesleki Durumu	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Hasta Memnuniyet Puanı	Memur	65	48,54	1,882	0,390
	İşçi	23	57,74		
	Diğer	12	47,25		

Mesleki durumları farklı olan gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre H4 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7: Eğitim Durumu Gruplarının Hasta Memnuniyet Puanı Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Hasta Memnuniyet Puanı	İlkokul	8	33,06	6,097	0,297
	Ortaokul	8	45,50		
	Lise	19	51,63		
	Yüksekokul	28	52,20		
	Üniversite	30	49,88		
	Yüksek lisans - Doktora	7	68,93		

Eğitim durumları farklı olan gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre H5 hipotezi reddedilmiştir.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

Tablo 8: Bir Sağlık Sorunu İle Karşılaştığında İlk Olarak Farklı Kurumlara Başvuran Grupların Hasta Memnuniyet Puanı Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

	Bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda ilk olarak kime başvurmayı düşünürsünüz?	n	Sıra Ort.	U	p
Hasta Memnuniyet Puanı	Aile Hekimine	66	55,39	5,751	0,056
	Devlet Hastanesine	19	38,92		
	Üniversite ya da özel Hastane - Özel Muayenehane	15	43,63		

Bir sağlık sorunu ile karşılaştığında ilk olarak farklı kurumlara başvuran gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre H6 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 9: Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlardan Asıl Sebebi Farklı Olan Grupların Hasta Memnuniyet Puanı Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

	Aile sağlığı merkezine başvurmanızın asıl sebebi nedir?	n	Sıra Ort.	U	p
Hasta Memnuniyet Puanı	Muayene olmak için	67	54,87	7,416	0,025
	Diğer	11	29,68		
	İlaç Yazdırmak İçin	22	47,59		

Aile sağlığı merkezine başvuranlardan asıl sebebi farklı olan gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebi muayene olmak için olanların puanları sıra ortalaması 54,87, diğer sebeplerden olanların 29,68, ilaç yazdırmak için olanların 47,59'dur. Buna göre aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebi muayene olmak olanların Hasta Memnuniyet Puanı en yüksektir. Buna göre H7 hipotezi kabul edilmiştir.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, cevap veren katılımcılardan 30 yaş ve altı olanların oranı %18, 31-40 yaş arası olanların oranı %37, 41-50 yaş arası olanların oranı %33, 51 yaş ve üstü olanların oranı %12'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan cinsiyeti kadın olanların oranı %48, erkeklerin oranı %52'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan medeni durumu evli olanların oranı %78, bekar olanların oranı %22'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan mesleki durumu memur olanların oranı %65, işçi olanların oranı %23, meslek durumu diğer olanların oranı %12'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan eğitim durumu ilkokul olanların oranı %8, ortaokul olanların oranı %8, lise olanların oranı %19, yüksekokul olanların oranı %28, üniversite olanların oranı %30, yüksek lisans-doktora olanların oranı %7'dir. Ankete cevap veren katılımcılardan bir soruyla karşılaştığında ilk aile hekimine başvuranların oranı %66, devlet hastanesine başvuranların oranı %19, üniversite ya da özel hastane-özel muayenehaneye başvuranların oranı %15'tir. Ankete cevap veren katılımcılardan aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebini muayene olmak şeklinde belirtenlerin oranı %67, diğer şekilde belirtenlerin oranı %11, ilaç yazdırmak şeklinde belirtenlerin oranı %22'dir.

Hasta memnuniyet puanı istatistiksel sonuçlarına göre farklı yaş grupları arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Ayrıca farklı cinsiyet grupları arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Ek olarak, medeni durumları farklı olan gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Mesleki durumları farklı olan gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Bunun yanında, eğitim durumları farklı olan gruplar arasında da Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Benzer şekilde, bir sağlık sorunu ile karşılaştığında ilk olarak farklı kurumlara başvuran gruplar arasında Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Aile sağlığı merkezine başvuranlardan asıl sebebi farklı olan gruplar arasında ise, Hasta Memnuniyet Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Aynı zamanda, aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebi muayene olmak olanların oranı 54,87, diğer sebeplerden olanların oranı 29,68, ilaç yazdırmak olanların oranı 47,59'dur. Bu doğrultuda, aile sağlığı merkezine asıl başvurma sebebi muayene olmak olanların Hasta Memnuniyet Puanı en yüksektir.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ

Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği

Cevdet Kızıl , Vedat Akman , Selman Öztürk

Volume 8 (2) 2015, 6-31

KAYNAKÇA

Atan, Murat, “SERVQUAL Analizi İle Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama”, Kalder Türkiye Kalite Derneği 12. Ulusal Kalite Kongresi, İstanbul, 2003. s.2,3.

Başak, Okay, “Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Gelişim Özellikleri”, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 17(1), 2013, s.30.

Dikici, Mustafa, Fevzi Mehtap Kartal, Serap Alptekin, Mahcube Çubukçu, Akın Serhat Ayanoğlu, Füsün Yarış, “Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi”, Türkiye Klinikleri J MedSci, (27): 2007, s.415.

Kavuncubaşı, Şahin, “Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitapevi, Ankara, Mart 2000. ss.292-293.

Korukluoğlu, Sinan, “Aile Hekimliği Türkiye Modeli”, Sağlık Bakanlığı, Ankara. 2004. s.56.

Köşgeroğlu, Nedime, Bahattin Acat, Özlem Karatepe, “Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, No 2, (2005), 75-83.

Mardin, Bekata, “Sağlık Sektöründe Kadın”, T.C.Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2000. s.42.

Mete Mustafa, Bilal Ak, “Hemşirelik Hizmetlerinde Standartlar” Standart Dergisi, TSE Yayını, Ankara, 2001, s.12.

Odabaşı, Yavuz, “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004. s.141.

Öz, M., “Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesi’nde Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2004. s.58.

Öztek, Zafer, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı”, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996. s.37.

Resmi Gazete, 25. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Ocak 2013, Sayı 28539.

Solmaz, M., H., “Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyeti: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nde Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006. s.50.

Tenekecioglu, Birol, “Makro Pazarlama”, MET Yayıncılık, Eskişehir, 1992, s.159.

Velioğlu, Perihan, “Sağlık Kurumları Yönetimi,” Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1998. s.64.

Yıldız, Sebahattin ve Sevda Elif Yıldız, “Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars’taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri’nde Bir Araştırma”, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 2011,c.VI, S. II s. 127.