

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

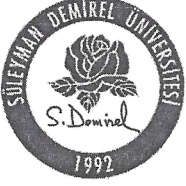
**HASTANE İŞLETMELERİ'NDE ALGILANAN HİZMET
KALİTESİNİN “SERVQUAL” ÖLÇEĞİ İLE ANALİZİ: BİR
ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**Taner ABİŞ
1630232076**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Vahit YİĞİT**

ISPARTA-2018



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Taner ABİŞ	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Tez Başlığı	Hastane İşletmeleri'nde Algılanan Hizmet Kalitesinin "Servqual" Ölçeği İle Analizi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)		
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 13/07/2018 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için; ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU² ile aşağıdaki kararı almıştır. ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Doç. Dr. Vahit YİĞİT/ SDÜ	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK/ SÜ	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Nezihe TÜFEKÇİ/ SDÜ	
Jüri Üyesi		
Jüri Üyesi		

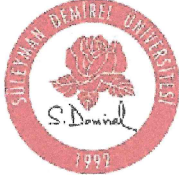
¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

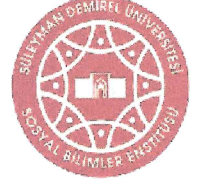
⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hastane İşletmeleri’nde Algılanan Hizmet Kalitesinin “Servqual” Ölçeği ile Analizi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Taner ABİŞ
19.07.2018

ÖZET

Bu araştırmanın amacı bir üniversite hastanesinin sunmuş olduğu sağlık hizmetinin hastaların istek ve ihtiyaçlarını ne düzeyde karşıladığını, bu istek/ihtiyaçların beklenen ve algılanan hizmet kalitesini nasıl etkilediğini ve algılanan hizmet kalitesi ile hasta tatmini arasındaki ilişkisini tespit etmektir. Araştırmanın önemi ise hasta memnuniyeti ve kalite algılarına dikkat çekilmesidir.

Araştırma verileri SERVQUAL ölçeği dikkate alınarak hazırlanan anket formu aracılığıyla hastalar ile yüz yüze yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Araştırmada kolayda örneklem yöntemi kullanılarak 370 hasta araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek için güvenirlik analizi, ortalamalar arası farklılıkların anlamlılığı için t testi ve tek yönlü varyans analizi, hasta tatmini ile hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişki için korelasyon analizi, hizmet kalitesinin hasta tatmini üzerindeki etkisi analiz etmek için ise regresyon analizi yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hizmet kalite boyutlar bazında eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorlarının negatif olduğu tespit edilmiştir. Bu durum hastanede verilen sağlık hizmetleri için hasta beklentilerinin algılarından yüksek olduğunu ve sunulan sağlık hizmetlerinin hastanın beklentilerini tam olarak karşılamadığını ifade etmektedir. Ayrıca araştırmada katılımcıların tatmin düzeyleri ile genel hizmet kalite algısı ve hastane tercihi ile hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Araştırma Isparta ilinde hizmet sunan üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak hastanenin sunmuş olduğu hizmetlerin güvenilir olmadığı tespit edilmiştir.

SERVQUAL ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçme imkânı sağlaması, hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması, hizmet kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi, sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve rekabet avantajı elde etme açısından hastane yöneticileri için önemli bir yönetsel araç olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hastaneler, hastaların beklentileri ve sağlık hizmetine ilişkin algılamaları periyodik olarak ölçmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hizmet, Hizmet Kalitesi, Kalite Boyutları, Hasta Memnuniyeti, SERVQUAL Skoru.

ABSTRACT

The aim of this research is to determine the extent to which health care services provided by a university hospital affect the quality of services that are expected and perceived by the patients, and the relationship between perceived quality of service and patient satisfaction. Importance of research is to pay attention to patient satisfaction and quality perceptions.

Survey data were collected through face-to-face interviews with patients through a questionnaire prepared considering the SERVQUAL scale. In the study, 370 patients were included in the study using the easy sampling method. The data obtained from the study were evaluated using the SPSS 22.0 package program. Reliability analysis to test the validity and reliability of the scale used in the research, t-test and one-way analysis of variance for the significance of the differences between the averages, Correlation analysis was used for the relationship between patient satisfaction and service quality dimensions, and regression analysis was used to analyze the effect of service quality on patient satisfaction.

As a result of the research, it was determined that equal weighted and weighted SERVQUAL scores were negative in some service quality dimensions. This implies that patient expectations for health services in the hospital are higher than perceptions and the health services offered are not fully met by the patient's expectations. In addition, it was found that there was a meaningful and strong relationship between satisfaction levels of participants and general service quality perception, hospital preference and service quality dimensions. The research was conducted in a university hospital serving in the province of Isparta. Consequently it has been determined that the services provided by the hospital are not reliable.

It is believed that the SERVQUAL scale is an important managerial tool for hospital managers in terms of ensuring the ability to measure patient expectations and perceptions separately, using hospital resources effectively, measuring and improving quality of service, evaluating offered services and obtaining competitive advantage. So hospitals should measure the perceptions of patients' expectations and health care services periodically.

Keywords: Service, Service Quality, Quality Dimensions, Patient Satisfaction, SERVQUAL Score.

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

1.1. SAĞLIK KAVRAMI.....	3
1.2. HİZMET KAVRAMI.....	3
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, AMACI VE KAPSAMI.....	4
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	5
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
1.4.2. Tedavi Edici Hizmetler.....	7
1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	7
1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi	8
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	8
1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTANE TERCİH SEBEPLERİ.....	9
1.7. ALGILANAN HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	11
1.7.1. Algılama	11
1.7.2. Kalite	11
1.7.3. Kalite Algısı.....	14
1.7.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	14
1.7.5. Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Fiziksel Kalite.....	17
1.7.6. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Belirleyicileri	20

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANILAN KALİTE ÖLÇÜM MODELLERİ

2.1. ALGILANAN HİZMET KALİTE MODELİ	23
2.2. SERVPERF HİZMET KALİTE MODELİ.....	26
2.3. KRİTİK OLAYLAR TEKNİĞİ.....	26
2.4. SERVQUAL HİZMET KALİTESİ MODELİ.....	27
2.4.1. SERVQUAL Ölçeğinin Üstün Yönleri	29
2.4.2. SERVQUAL Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler.....	30
2.4.3. Sağlık Hizmetleri Kalite Ölçümünde SERVQUAL Uygulamaları	31
2.5. GRÖNROOS'UN HİZMET KALİTESİ MODELİ	33
2.6. KANO MODELİ.....	34
2.7. BOŞLUK MODELİ	35

2.8. SASSER, OLSEN VE WYCKOFF'UN HİZMET KALİTESİ MODELİ.....	36
2.9. KALİTE FONKSİYON YAYILIMI.....	36
2.10. HASTANE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. PROBLEM CÜMLESİ	39
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	39
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	39
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	40
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	41
3.6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	41
3.6.1. Araştırma Ölçeği.....	41
3.6.2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	42
3.6.3. Araştırma İzni	43
3.6.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	44
3.6.4.1. Geçerlilik Analizleri.....	44
3.6.4.2. Güvenilirlik Analizi	44
3.6.5. Normal Dağılım Testi.....	44

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BULGULAR	45
4.2. BEKLENEN HİZMET KALİTESİ NORMALLİK TESTİ.....	48
4.3. ALGILANAN (PERFORMANS) HİZMET KALİTESİ NORMALLİK TESTİ	48
4.4. HİZMET TATMİNİ NORMALLİK TESTİ.....	49
4.5. HİZMET TERCİHİ NORMALLİK TESTİ	49
4.6. HİZMET KALİTESİ ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BULGULAR.....	50
4.6.1. Katılımcıların Cinsiyetlerinin Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	50
4.6.2. Katılımcıların Medeni Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özellikleri	51
4.6.3. Katılımcıların Meslek Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği.....	51
4.6.4. Katılımcıların Yaş Faktörünün Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	51
4.6.5. Katılımcıların Yer Durumun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği.....	52
4.6.6. Katılımcıların Eğitim Durumun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği.....	52
4.6.7. Katılımcıların Hanedeki Kişi Sayısının Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	53
4.7. KATILIMCILARIN BEKLENTİ, ALGI, TATMİN VE TERCİH İLE İLGİLİ PUAN ORTALAMALARI	56
4.8. SERVQUAL SKORLARIN BOYUTLAR BAZINDA HESAPLANMASI.....	58
4.9. HİZMET KALİTESİ BOYUTLARINA GÖRE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	60
4.10. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi	69
4.11. KATILIMCILARIN HİZMET KALİTE ALGILARI VE TATMİN DÜZEYLERİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ	70
TARTIŞMA	72
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79

KAYNAKÇA	84
EKLER.....	98
EK: 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu	98
Ek: 2. Süleyman Demirel Üniversitesi İzni.....	101
Ek: 3. İntihal Raporu	102
ÖZGEÇMİŞ.....	112



KISALTMALAR DİZİNİ

KFD	: Kalite Fonksiyon Dağılımı
SERVQUAL	: Hizmet Kalitesi
SERVPERF	: Hizmet Performansı
KFY	: Kalite Fonksiyon Yayılımı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgü
PUKÖ	: Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al
SB	: Sağlık Bakanlığı
AMA	: Amerika Pazarlama Birliği
ISO	: Uluslararası Standart Teşkilatı
PATH	: Performans Geliştirme Aracı
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Hizmetin Özellikleri	4
Tablo 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	9
Tablo 1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Özellikleri.....	17
Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Demografik Dağılımı	46
Tablo 4.2. Beklenti, Algı, Tatmin ve Tercih Değişkenlerini Güvenilirlik Analizi Sonuçları	47
Tablo 4.3. Beklenen Hizmet Kalitesi Normallik Testi	48
Tablo 4.4. Algılanan (Performans) Hizmet Kalitesi Normallik Testi	49
Tablo 4.5. Hizmet Tatmini Normallik Testi	49
Tablo 4.6. Hizmet Tercihi Normallik Testi	50
Tablo 4.7. Katılımcıların Cinsiyetlerinin Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	50
Tablo 4.8. Katılımcıların Medeni Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	51
Tablo 4.9. Katılımcıların Meslek Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	51
Tablo 4.10. Katılımcıların Yaş Faktörünün Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	52
Tablo 4.11. Katılımcıların Yer Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	52
Tablo 4.12. Katılımcıların Eğitim Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	52
Tablo 4.13. Katılımcıların Hanedeki Kişi Sayısının Hizmet Kalitesine Göre Özelliği	53
Tablo 4.14. Türkiye'de ve Isparta'da Akla İlk Gelen Hastane Örneği	53
Tablo 4.15. Tercih Edilen Hastaneye Yönelik Davranış Tutum Örneği	55
Tablo 4.16. Katılımcıların Beklenti İle İlgili Puan Ortalamaları	56
Tablo 4.17. Katılımcıların Algıları ile İlgili Puan Ortalamaları	57
Tablo 4.18. SERVQUAL Skorlarının Boyutlara Göre Değerlendirilmesi	59
Tablo 4.19. Hizmet Kalitesinin Boyutlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	60
Tablo 4.20. Hizmet Kalitesi Boyutlarında Medeni Durum Değişkeni Dağılımı	61
Tablo 4.21. Hizmet Kalite Boyutlarının Meslek Değişkenine Göre Dağılımı	62
Tablo 4.22. Hizmet Kalite Boyutlarının Yaş Değişkenine Göre Dağılımı	64
Tablo 4.23. Hizmet Kalite Boyutlarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı	65
Tablo 4.24. Hizmet Kalitesi Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	66
Tablo 4.25. Hizmet Kalite Boyutlarının Hanedeki Kişi Sayısına Göre Dağılımı	67
Tablo 4.26. Hizmet Kalite Boyutlarının İkamet Edilen Yer Durumuna Göre Dağılımı	68
Tablo 4.27. Hizmet Kalitesi ile Hizmet Tatmini Arasındaki İlişki	69
Tablo 4.28. Katılımcıların Hizmet Kalite Algılarının Tatmin Düzeyleri Üzerindeki Etkisi	70
Tablo 4.29. Katılımcıların Hizmet Kalite Algılarının Tatmin Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin Sonuç Modeli	71
Tablo 4.30. Katılımcıların Genel Hizmet Algılarının Tatmin Düzeyleri Üzerindeki Etkisi	71
Tablo 5.1. Dünya'da ve Türkiye'de Beklenen ve Algılanan SERVQUAL Skor Karşılaştırılması	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları	6
Şekil 1.2. İyileştirme Modeli	12
Şekil 1.3. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite	19
Şekil 1.4. Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri	20
Şekil 2.1. Hizmet Kalitesinde Boşluk Modeli	28
Şekil 2.2. Grönroos'un Hizmet Kalite Modeli	34
Şekil 2.3. Kano Modeli	35
Şekil 2.4. Kalite Değerlendirme Sisteminin Sınıflandırılması	38
Şekil 4.1. Hasta Beklentisi ve Algısı Arasındaki Boşluk	58



ÖNSÖZ

Bu araştırma, sağlık hizmetleri sunumunda hasta perspektifinde beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin düzeyi ve hizmet kalitesinin eksik olduğu boyutu tespit etmek ve hasta memnuniyetini ne düzeyde etkilediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yürütülmesinde, bilgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, beraber çalışmaktan onur duyduğum değerli danışman hocam Doç. Dr. Vahit YİĞİT' e, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e, Dr. Öğr. Üyesi Adnan KARAİBRAHİMOĞLU'na, Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK'e, Dr. Öğr. Üyesi Nezihe TÜFEKÇİ'ye, Arş Gör. Selin EROYMAK'a ve Hakan DEĞERLİ'ye en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve bana maddi, manevi desteğini esirgemeyen canım aileme, sevgili arkadaşım Semih BAŞ'a ve çalışmam boyunca kaynak olarak kullanmış olduğum eserlerin sahiplerine teşekkürü bir borç bilirim.

GİRİŞ

Günümüz rekabetçi ortamında özellikle ülkemizde hizmet sektörü sürekli büyümekte ve artan rekabetin neticesinde kendini daha fazla geliştirmek zorunda kalan bir sektör haline gelmiştir. Hizmet sektörünün gelişmesiyle artan rekabet koşulları, hizmet işletmelerinin hizmet alanlarını genişleterek, ürün çeşitliliğinin arttırmanın yanı sıra müşteri memnuniyetinin de arttırmanın yolunu aramışlardır (Şarbak, 2009: 1).

Birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de kıt kaynakların verimli bir şekilde kullanılması önem taşımaktadır. Son yıllarda sağlığa ayrılan pay bütçenin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Özellikle 1950 yılından sonra milli gelirden sağlığa ayrılan pay iki katı kadar artmıştır. Gittikçe artan insan sayısı özellikle daha iyi bir sağlık hizmetini talep etmektedir. Bu beklentilere cevap verilmesi için sağlık hizmetleri harcamaları önemli ölçüde artmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 1-2). Bu da sağlık hizmetlerinde planlama yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Mevcut durum değerlendirmesi sırasında fiziki imkânlar, insan gücü, para-bütçe, araç-gereç, mevzuat, vatandaşın bilgi tutum inanç ve davranışları, hizmetin planladığı bölgenin sağlık göstergeleri, sağlık için önceliklerin neler olduğu, çalışan personelin nitelik ve niceliği, personelin eğitim durumu ve eğitim ihtiyaçların ne olduğu belirlenmesi ve somut bir şekilde çözülmesi gerekir (Kaptanoğlu, 2012: 102). Yani sağlık sisteminde baştan sona vatandaşın istek ve ihtiyaçlarına göre köklü değişiklikler yapılması meşru hale gelmiştir. Bu da cumhuriyet ilan edildikten sonra belirli dönemlerde iyileştirme çalışmaları yapılmasını sağlamıştır. Özellikle de “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı” yapılan en önemli iyileştirmelerden biridir. 2002 yılına kadar yapılan bu reformlar iyileştirme sağlamış olsa bile “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık sisteminde çığır açıcı iyileştirmeler gerçekleşmiştir (Akdağ, 2012: 45-51).

Genel olarak sağlık hizmetinin gelişimi ve milli gelirdeki harcamaların içinde sağlık hizmeti harcamaları bütün bu iyileştirmelere rağmen yüksek rakamlara ulaşmıştır. Bunun sebebi sağlık sistemi işleyişi karmaşık bir yapıya sahip olması, sağlık hizmetlerinde özellikle de hizmet içeriği, hizmetin yapısını, sürecini ve sonuçları diğer tüm hizmetlerden oldukça farklılık arz etmesi, sağlık hizmetlerinde kullanılan ekipmanların maliyetinin çok yüksek olması, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin hep yükselmesine sebep olmuştur (Rahman, Erdem ve Devedakan, 2007: 38). Tüm bunlar

göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerinde, hizmetin kalitesinin yükseltilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması zorunlu hale gelmiştir. Bu hususta düzenli bir şekilde kalite iyileştirilmesi hem hasta memnuniyeti hem de maliyet noktasında sağlık işletmelerine fayda sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmesi yapmak için kullanılan birçok ölçüm yöntemi mevcuttur. Bunlar içerisinde en yaygın kullanılan ve popüler olan SERVQUAL ölçeğidir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından 1988 yılında geliştirilen bu ölçek araştırma için uygun görülmüştür.

Bu doğrultuda birinci bölümde sağlık hizmetleri ve hastaneyle ilgili kavramlar genel çerçeveye açıklanmış olup, kaliteyle ilgili bilgiler verilmiştir. İkinci bölümde hizmet kalitesinde kullanılan ölçüm yöntemlerine değinerek SERVQUAL ölçeğı tüm yönleriyle ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ise hizmet kalitesi değerlendirirken kullanılan yöntemler ve bu yöntemler sonucu elde edilen bulgular değerlendirilmiştir. Son olarak sonuçlar tartışılmış dünyada ve Türkiye’de yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırmalar yapılmıştır. Ayrıca hizmet kalitesinde, tatmin düzeyinin düşük çıktığı boyut hakkında önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

Bu bölümde sağlığın genel tanımı, sağlık hizmetlerin özellikleri ve genel hizmet özelliklerinden ayıran yönleri, kalite ve kalite algısı, hasta tatmini gibi konular hakkında literatür çalışması yapılmıştır.

1.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramı çeşitli kişi ve kurumlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bu tanımlardan birkaç tanesi şöyledir; Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık, bireylerin sadece hastalık ve sakatlık durumu olmaması değildir. Fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Fişek, 1985:1). Sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananları tedavi etmek ve sakatlananların rehabilite etmek amacıyla sunulan hizmetlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 69).

Sağlık, hem insan haklarından biri, hem de sosyal bir yatırımdır. Aynı zamanda sosyal adaletin temel felsefesi, bireylerin sağlıklı ve doyurucu bir yaşam için gerekli olan tüm olanakları elde etmesi demektir (Sağlık Bakanlığı, 2009: 7). Bedenen ruhen ve sosyal yönden engel teşkil eden tüm problemlerin üstesinden gelme durumudur (Patrick, Bush and Chen, 2017: 7). Başka ifade ile bireylerin çevreye edilgin biçimde uyum göstermekten çok seçimler yaparak, kararlar alarak eylemlere geçtiklerinde ileri sürerler. Eğer bu eylemler yerine getirilirse, sağlıklı bireyler olduklarını göstermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 18). Mevcut tanımlara ek olarak hastalıkların olmadığı evre olarak da tanımlanmaktadır (Wylie, 1970: 103).

1.2. HİZMET KAVRAMI

Günümüzde işletmeler, hizmet ve/veya mal üretmektedir. Malların satışı birçok hizmet gerektirmektedir. Bu açıdan bakılında, hizmet ve mal kavramları iç içe geçmiş durumdadır. Kişilerin ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan ürünlerdir (Can ve Güney, 2011: 285). Amerika Pazarlama Birliği'ne göre “satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar veya

doğunluklardır (Kozak, Özel ve Yüncü., 2011: 2). Bir tarafın diğerine sunduğu, temel olarak dokunulamayan ve herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan bir faaliyet ya da fayda olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2003: 4). Başka ifade ile hizmetin dokunulamaz özelliğinden dolayı hizmeti alan, sunan ve fiziksel kaynaklar ile sistemler arasındaki etkileşim ansızın oluşarak müşteri problemlerine çözüm sunan bir takım hizmetler dizini olarak tanımlanmaktadır (Özgüven, 2008,653). Hizmetin özellikleri sağlık hizmetinin özellikleri ile birçok yönde benzerlik göstermektedir. Bu özellikleri Tablo 1.1’de belirtilen durumlara göre sıralayabiliriz. (İslamoğlu vd., 2006: 19-21; Özgüven, 2008: 653-655);

Tablo 1.1. Hizmetin Özellikleri

Özellikler	Açıklama
Dokunulmazlık	Tanımlanamama ve zihinde tutulamama durumudur.
Türdeş Olmama	Müşteri ve hizmet üreticisinin değişmesiyle birlikte hizmetin farklılaşmasıdır.
Ayrılmazlık	Hizmetin üretildiği gibi tüketilmesidir.
Dayanıksızlık	Hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması iade edilememesi ve yeniden satılamamasıdır.
Sahiplik	Hizmetten belirli bir süre faydalanma, sahip olunma durumudur.

Kaynak: Öztürk, 2003: 12

Hizmetler nesne olmayıp performans ya da hareketlerden oluşmaktadır. Bu yüzden hizmetleri mallar gibi duyumsadığımız söylenemez. Bir mal alındığında karşılığında somut bir fayda elde edilirken, hizmet alındığında böyle bir dokunulabilirlik yoktur. Hizmeti alan ile hizmeti sunan arasında bir etkileşim olduğunda, hizmet oluşumdan bu kişiler değişecektir. Bu durumda hizmet performansı kişilere, zamana, mekâna göre değişebilir (Öztürk, 2003: 7-11).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, AMACI VE KAPSAMI

Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların erken teşhis, tedavisini sağlayarak, bireylerin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyine getirmek için sunulan hizmetlerin bütünüdür ifade etmektedir. Bu hizmetler; sağlığın korunması ve geliştirilmesi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, çevre sağlığı hizmetleri, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi konuları kapsamaktadır (Fişek, 1985: 8-9).

Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir yaşam çevresinin oluşturulması ve sonuç olarak tüm toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi tüm hükümetlerin öncelikli hedeflerindendir. Tüm vatandaşların sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik sunulan hizmetler olarak nitelendirilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 17). İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni, ruhi kabiliyet ve melekelerin bozulmuş olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi icraatlar olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2014: 1081). Bir başka ifade ile çeşitli sağlık kurum ve kuruluşları tarafından hastalıkları teşhis ve tedavi ederek insanların mevcut sağlık durumlarını korumak amacıyla birçok sağlık personeli tarafından yürütülen icraatlar bütünüdür (Öznelbant, 2010: 4).

Toplumu oluşturan bireyler sağlıklı bir yaşam için, sağlığını yitirenler ise tekrar sağlığına dönmesi veya sakatlıkların en aza indirilmesi yoluyla bireylerin yaşam kalitesini esas alan sağlık donanımları en üst düzeyde verimli kullanmak sağlık hizmetlerinin temel amacı olmaktadır (Ünal, 2013: 88).

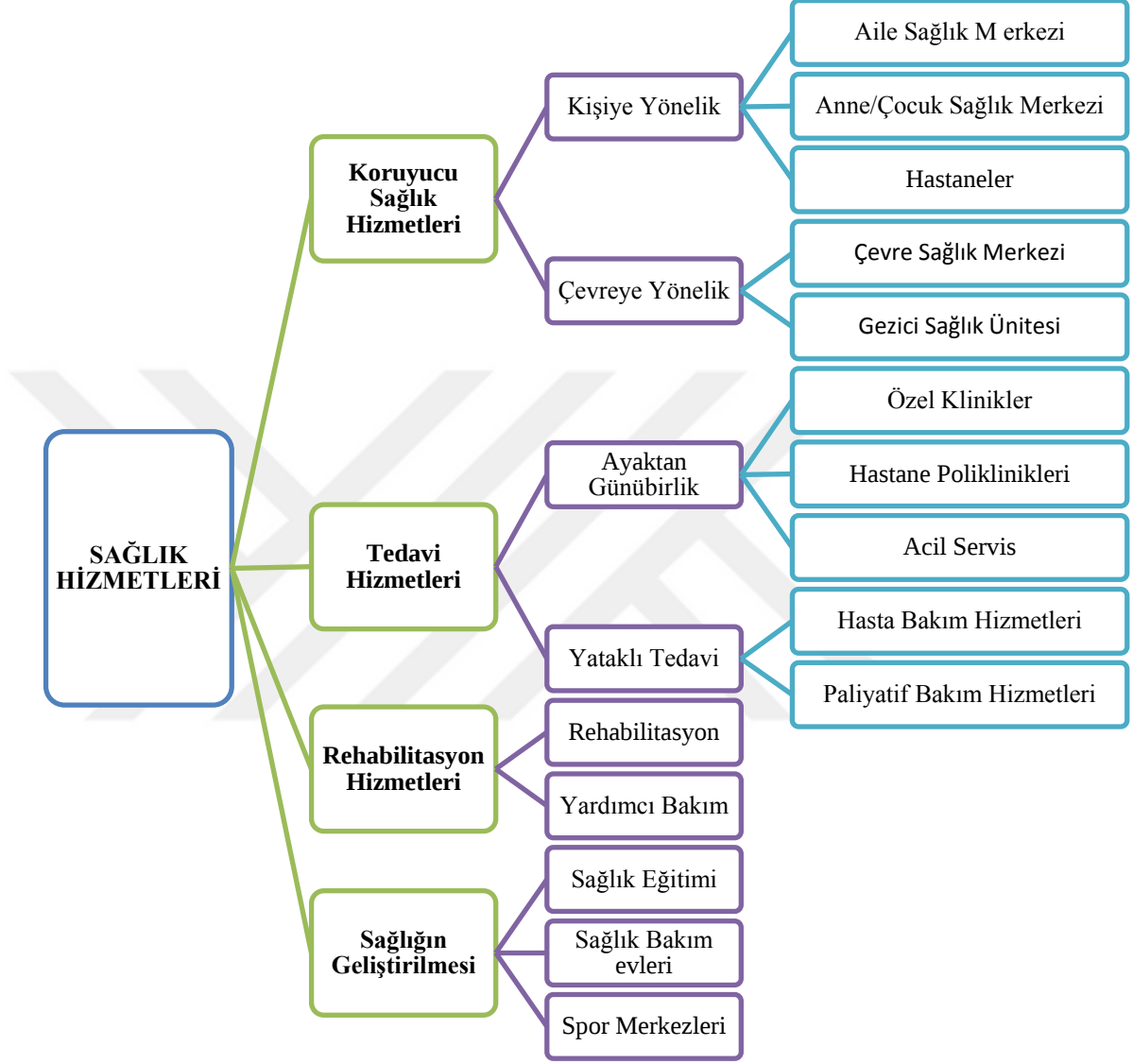
Sağlık hizmetleri bireyleri ve toplumu esas alarak şu amaçları gütmektedir (Öztürk ve Günay, 2011: 11-12).

- Sağlık hizmetleri toplumun sağlığını korumak geliştirmek,
- Hastalanan kişileri tekrar sağlığına kavuşturmak,
- Kişileri ve toplumun esenliğini sağlamak,
- Toplumun değer yargılarını bilimsel yöntemlerle geliştirmek,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik gerekli bilgi sağlamak,
- Toplumdan kaynaklanan problemleri çözmek ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek.

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Toplumun sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergesi sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinde temel amaç, toplumun ihtiyacı olan hizmetleri istenilen zamanda, istenilen kalitede ve mümkün olan en düşük maliyetle hizmet sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri vardır. Bunların ilki kâr amacı gütmemesi, dinamik yapıda olması; 7/24 hizmet sunması, uzmanlaşma, yüksek belirsizlik, matriks yapıya sahip hizmet sunan organizasyonlardır (Marşap, 2014: 311).

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak Şekil 1.1.'de görüldüğü üzere sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 35).



Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 35

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumun sağlığını hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya hastalık etkenini yok etmeye yönelik sunulan hizmetlerdir. Toplum sağlığını daha iyiye getirmek için bağışıklama, ilaç, serum, erken tanı ve aile planlaması ile ilgili yapılan çalışmaları kapsamaktadır (Fişek, 1985: 5). Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye gruba ayrılır. Çevreye yönelik sağlık hizmetler; sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişilerin etkilenmesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Kişiyeye yönelik hizmetler; bu hizmetleri hekim, ebe, hemşire gibi sağlık mensuplarının yürüttüğü bağışıklama, beslenmeyi düzeltme, hastalıkların erken tanı, aşırı doğurganlıkların kontrolü, ilaçlama, kişisel hijyen ve sağlık eğitimini gibi kişiye yönelik sunulan hizmetlerdir (Bulutoğlu, 2004: 269).

1.4.2. Tedavi Edici Hizmetler

Tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşabilmeleri için verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler günübirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grup altında toplanmaktadır. Günübirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri; hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisi ile ilgili hizmetleri içerir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 38). Yataklı tedavi hizmetleri; kişilerin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında almış oldukları hizmetleri içermektedir (Fişek, 1985: 6).

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiğı bedensel ve zihinsel yetilerin tekrar kazanılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetleri yoluyla kaza ve hastalık sonucu sakatlananlara kişilere mümkün olan en yüksek işlevsel becerileri kazanmaları için sunulan hizmetleri kapsamaktadır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 83). Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır. Tıbbi rehabilitasyon; bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 39). Sosyal rehabilitasyon ise; sosyal çalışmacılar tarafından sunulan iş bulma, işe uyum sağlama gibi hizmetleri kapsamaktadır (Fişek, 1985: 6).

1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin sağlık durumlarının daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 39). Bu hizmetler kişilerin bedensel ve zihinsel sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırmaktadır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 84). Sağlığın geliştirilmesi bireyin çabalarına bağlıdır. Örneğin egzersiz, diyet, dinlenme gibi kişisel önlemler bireyin sorumluluğundadır. Fakat daha da önemlisi bireylerin sağlıkları kişinin kültürel çevresi, aile, okul, medya yoluyla daha da geliştirilebilir. Bu yüzden kişiler bizzat hastalıkları önlemek, kişisel alışkanlıkları kontrol ederek (örneğin sigara içme, emniyet kemeri takma) ve belirli önleyici programlara uyarak sağlığını geliştirebilir (Schulz and Johnson, 2003: 25-26).

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık kuruluşları birer hizmet işletmeleri olduklarından hizmetin bütün özelliklerini taşımaktadır. Fakat bazı özellikleriyle genel hizmet özelliklerinden ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, 2012: 55). Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 73-78; Ateş, 2012: 4-5).

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısalıdır.
- Sağlık hizmeti ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmeti ertelenemez
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
- Sağlık hizmeti tüketicilerin davranışları irrasyoneldir.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı olma özelliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez.

Bu özellikler aşağıda Tablo 1.2.'de ayrıntılı olarak anlatılmıştır:

Tablo 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Tüketiminin Rastlantısal Olması	Talep veya hizmet tüketiminin tam olarak bilinmemesi
İkamesinin Bulunmaması	Sağlık hizmetleri yerine başka bir hizmet konamaz.
Ertelenemez Özelliği	İhtiyaç olduğu takdirde hemen karşılanmak zorundadır.
Kapsam ve Boyutunu Hekim Belirlemesi	Uzman kişilerce sunulduğu için, kapsamı ve boyutu hekim belirler.
Tüketicilerinin Davranışları İrrasyonelliği	Sağlığı ile ilgili problemlerin tespitinde akılcı davranamaz.
Kalite ve Doyumun Önceden Belirlenme Güçlüğü	Sağlık hizmeti önceden alınıp, test edilmediği için kalite ve doyum belirlemek güçtür.
Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Olma Özelliği	Sunulan hizmetler, tüm herkesi kapsayacak şekilde ayarlanmıştır.
Çıktısı Paraya Çevrilememesi	Sağlık hizmetinin kendine özgü özelliklerinden dolayı, kar amaçlı olmayıp, sosyal amaçlıdır.

Kaynak: Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 73-78

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTANE TERCİH SEBEPLERİ

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetler, hasta memnuniyeti sağlarsa bu, hasta tercih niyeti üzerinde etkili olacaktır. Hastaneler, sağlık hizmeti üretiminin büyük bir bölümünü gerçekleştiren ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasında önemli görevler üstlenen hizmet işletmeleridir. Hastaneler için hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, hastaların daha sonraki gelişlerini sağlayabilmek ve hastanenin iyileştirmeye açık alanlarını belirleyebilmek için önemlidir (Kırdak ve Aksaraylı, 2008: 87).

Sağlık hizmetleri performans ölçümünde en önemli çıktı hasta memnuniyetidir. Hasta aldığı hizmetten memnun kalması ya da kalmaması durumunda hizmet aldığı hastanedeki tüm performansa yönelik değerlendirmede bulunur. Bu değerlendirmeler; teknik süreçler, personel arası ilişki, verilen hizmet çıktısı, hastanedeki fiziksel tüm araç-gereçler, erişilebilirliği, verimliliği, finansal yönü ve fiziksel çevrenin de dâhil olduğu tüm alana yönelik değerlendirmede bulunmuş olacaktır (Vahey, 2004: 58). Sağlık hizmetlerinde kalite kavramıyla birlikte son yıllarda giderek daha çok gündeme gelen hasta memnuniyetinin ölçülmesine dayalı çalışmaların sayısı artmaktadır (Kırdak ve Aksaraylı, 2008: 89).

Bu yüzden hastanın almış olduğu tüm hizmetler için yapacağı değerlendirme, tüm performans için geçerlidir. Bir başka çalışmada ise sağlık hizmet sunulurken birtakım problemlerle karşılaşılmaktadır. Bu problemler; profesyonel çalışanın olmaması, gerekli araç-gereçlerin yokluğu, imkânların yetersizliği ve diğer personel kalitesinin yetersizliği hizmet sunumunun aksamasına sebep olacaktır. Bu da doğrudan hasta memnuniyetini etkileyecektir. Bu problemler aşılmazsa hasta alternatifler aramaya başlar başka hastane ya da başka bir ülkeden hizmet alma arayışına girecektir (Andaleeb, 2001: 1360).

Bir diğer önemli nokta ise takım çalışması ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkidir. Bu ilişki doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmektedir. Personel arasında yardımlaşma olursa, bu doğrudan hizmet kalitesine yansımaktadır. Personel arasındaki ilişki sosyal olarak desteklenirse çalışanın motivasyonu artar ve böylece daha da kaliteli hizmet sunmuş olacaktır. Yani kısacası hizmet kalitesi ne kadar çok artarsa hasta memnuniyeti o kadar artacak (Meterko, Mohr and Young, 2004: 492) ve hastanın hastaneyi tercih etmesine neden olacaktır.

Hastaların hastane tercih nedenlerini birçok faktör etkilemektedir. Bunlardan bazıları şöyle sıralanmaktadır; hastanenin yakınlığı/uzaklığı, personelin kalitesi, hastanenin hastanın gözündeki algısı, hastanenin imajı, kullanılan sağlık poliçesi, hastanedeki park alanı, personelin takım ruhu bulunması ve hasta ile ilişkisi ve genel manada hastanenin kalitesi hastane tercih sebeplerinin en önemlisidir (Warkevisser and Geest: 2007: 287-288).

Ayrıca sağlık personelin cinsiyeti hastane tercih nedenlerinin bir diğer sebebidir. Kırsal bölgelerde yaşayan kişiler hastane tercihinde daha çok cinsiyete önem vermektedir. Örneğin kırsal bölgede yaşayan bir kadın daha çok kadın bir çalışanın muayene yapmasını tercih etmektedir. Özellikle kadın doğum ve jinekoloji alanında daha çok belirgindir. Fakat erkeklerde cinsiyetin tercihi etkilemesi daha düşük oranda bulunmuştur (Kerssens, Bensing and Andela, 1997: 1531).

Bir başka sebep ise kişilerin sosyo-ekonomik durumlarıdır. Refah düzeyi yüksek olan kişiler, kamu sektöründen ziyade özel sektörü tercih ederken, refah düzeyi düşük olan kişiler ise daha çok zorunlu sigortalar dâhilindeki sağlık kuruluşlarından hizmet almaktadırlar (Tai, Porrell and Adams, 2004: 1905-1906).

1.7. ALGILANAN HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.7.1. Algılama

Algılama davranışı etkileyen bilişsel süreçtir. Duyu organları ile beyin fonksiyonları arasındaki ilişkiyi kapsamaktadır. Bu yüzden algılama, çevremizdekileri anlamamızı, değerlendirmeler ve anlamlandırılmalar yapmamız için gerekli olan ve üzerinde önemle durulması gereken süreçtir (Barlı, 2010: 106).

Başka bir ifadeyle algılama beş duyu organıyla çevrede olup bitenleri algılama sürecidir. İnsanlar sürekli çevrelerini sorgulamaya, tanımaya, öğrenmeye ve anlamlandırmaya çalışmaktadır. Beş duyu organları birer sensör görevi görür ve çevrenin tanımlanması, anlamlandırılması, öğrenilmesi için bilgi toplar. İnsanlığın bugün vardığı noktaya insanların etraflarında olup bitenleri merak etmesi, anlama ve algılama çabaları çok büyük rol oynamıştır. Örneğin (0-3 yaş) bir bebek etrafında olup bitenleri duyumsaya çalışmaktadır (Koç, 2008: 71-75).

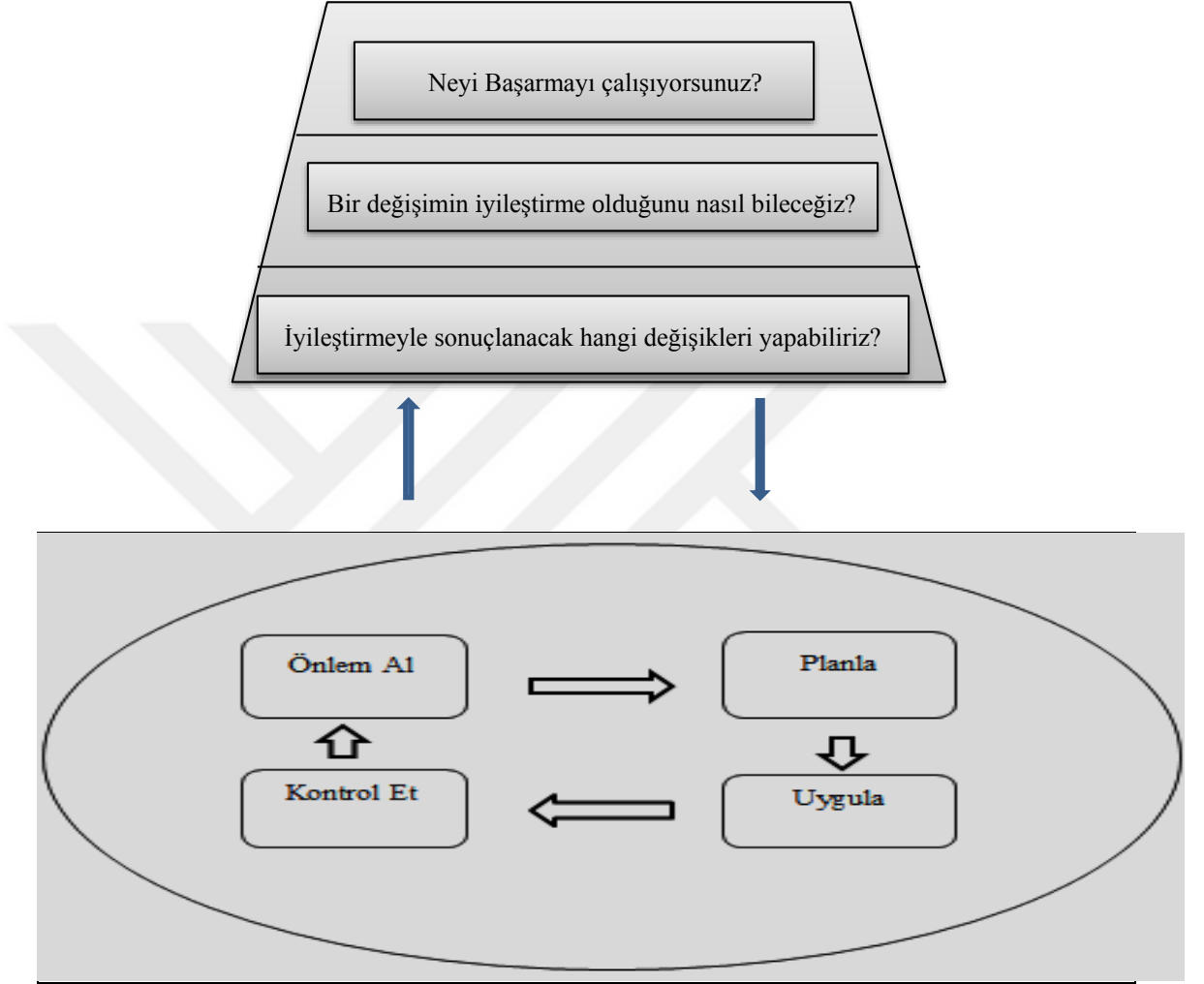
Bir kişi herhangi bir nesneyi veya durumu hedef olarak görürse ve onu yorumlamaya çalışırsa yüksek ihtimalle kendi kişisel önyargıların etkisinden kurtulamayacaktır. Örneğin bir kişi bir araba satın aldığı anda arabasına benzer modeldeki araçları kendi arabaymış gibi algılamaya başlar. Fakat piyasada çok kişi tarafından tercih edilen araç aynı şekilde algını da etkilediği için bu senin aynı arabayı almanı da etkileyecektir (Robbins, 1998: 91-92).

1.7.2. Kalite

Kalitenin hiçbir zaman tek tanımının yapılması mümkün olmamıştır. Fakat birçok bilim adamı tarafından çeşitli şekillerle tanımlanmıştır. Bunlardan ilki herhangi bir kimsenin ihtiyacı olan her şeyin karşılanması kalite olarak tanımlanmaktadır (Donabedian, 2005: 692). Başka ifade ile hizmet sürecinde beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi göz önüne alındığında bir hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkarılması beklenen hizmet kalitesi olarak tanımlanmaktadır (Kaya vd., 2005b: 4).

Süreci iyileştirirken kaliteyi artırmak ve geliştirme noktasında araç ve tekniklerin kullanılarak sistematik bir yaklaşımla özellikle hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliğini, süreçlerin istenilen düzeyde yürütülmemesi ve kaynakların israfı gibi alanlara odaklanmak gerekir. Bu yüzden Şekil 1.2.'de de belirtildiği gibi Shewhart'ın

başlattığı Deming’in geliştirdiği model döngüsü esas alınarak PUKÖ adında bir döngü oluşturdular. Bu model Planla-Uygula-Kontrol et, Önlem al gibi süreçlerden oluşan bir modeldir. Bu modelde kalitenin sürekli gelişim gösteren süreçlerden oluştuğu vurgulanmaktadır.



Şekil 1.2. İyileştirme Modeli
Kaynak: Langley et al., 2009: 24

Kalite sürekli gelişim, sıfır hata, doğru zamanda doğru işi yapma, güçlenme, çalışanların bir işi nasıl en iyi şekilde yaptığını bilme ve daha ötelede bir noktaya taşıma olarak tanımlanmaktadır (Dalrymple and Parsons, 1995: 418). Crosby’a göre ise “sıfır hata” olarak düşünülür. Yani sunulan hizmet ve üretilen ürün kalitesi tam olarak gerçekleşirse kalite kavramı elde edilir (Suarez, 1992: 2). Feigenbaum’a göre uluslararası

pazarda şirketlerin ekonomik olarak büyümesini sağlayan en önemli güç kaynağı olarak tanımlanmaktadır (Reeves and Bednar, 1994: 1994). Juran'a göre ürünün bir özelliği müşterinin ihtiyaçlarını karşılama ve böylelikle memnuniyet düzeyini artırmak demektir. Başka bir ifade ile yüksek kalite müşteri memnuniyetini artırır. Bu da geliri artırmaktadır (Juran and Godfrey, 1998: 2,1). Robbin ve Coulter'e göre hizmette sürekli standartları yükseltmeye odaklanmak ve müşterinin ihtiyaçlarını, beklentilerini karşılama olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile kalite kullanım amacına uygunluk olarak tanımlanabilir. Bir mal amaca uygun kaliteyi taşıması gerekir. Örneğin bir otomobil camı kırılmaz nitelikte olması gerekir. Kırılacak kristal bir cam ne kadar iyi ışık geçirir ve ne kadar iyi güzel görünürse görünsün istenilen nitelikte değildir. Ayrıca kalite müşterinin ne beklediği, ne elde ettiği arasındaki ilişkidir. Eğer müşteri üründen beklediği kalite konusunda hayal kırıklığına uğrarsa düşük kalitede algılar. Diğer yandan da ürün beklentileri aşarsa yüksek kalitede algılar (Süer, 2014: 2008). Kalite müşterinin mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılayan mal/hizmet olarak da tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe ise kalite dış müşteriler (hasta, hastanın ailesi, sigorta şirketleri vb.) ile iç müşterilere (hasta ve sağlık profesyonelleri) bağlıdır. Bu kişiler kalite uygulamasında sürecin başlangıcından sonuna kadar önemli bir rol oynamaktadır. Kaliteli hizmetler düşük maliyetle üretilen hizmete dayalıdır. Bir yandan da eğitim programlarıyla sürekli bir şekilde geliştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite gelişimi sağlayan bileşenleri aşağıdaki verilmiştir (Çoruh, 1995: 229-230);

- Klinik hizmetleri: Doktor, hemşire, diğer profesyonel sağlık personeli vs.
- Teknik hizmetler: Radyoloji, laboratuvar vs.
- Destek hizmetler: Beslenme, evde bakım, güvenlik, taşımacılık vs.

Bu bileşenler hizmetlerin kalitesini birbiriyle olan uyumunu ortak bir noktada birleştirerek hizmet kalitesini artırmaktadır. Kaliteyi yalın hastane uygulamalarına göre düşünülürse “kalite yalının iki sütunundan biridir” yalını sağlık sektöründe uygulama noktasında bakım kalitesi ve hasta güvenliği artırılması önemli rol oynamaktadır (Grabau, 2011: 163). Genel olarak düşünülürse, kalite hakkında yapılan değerlendirmelerde, sektör farkı gözetmeksizin tüm sektörlerde çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Bu da kalitenin ne anlama geldiği en uygun tanımının yapılması konusunda uzlaşa sağlanmadığını göstermektedir.

1.7.3. Kalite Algısı

Kalite fikri gerçek olmadığı sürece kalite algısını oluşturmak mümkün olamaz. Yüksek bir kaliteye ulaşmak için kalitenin tüketicinin algısının neresinde yer aldığı anlamının ne olduğunun bilinmesi çok önemlidir. Buna göre kaliteli ürünler ve hizmetler sunabilmesine olanak sağlayacak destekleyici bir kültür ve kalite yükseltme süreci gerekir. Fakat kaliteli bir ürün veya hizmet oluşturmak sadece kısmi bir zaferdir. Algıların oluşturulması gerekir. Bu yüzden algılanan kalite çeşitli sebeplerle gerçek kaliteden ayrılır. Bunlar şöyle sıralanmaktadır (Aaker, 2009a: 33-34);

➤ Tüketiciler daha önceki kötü bir kalite imajından çok fazla etkilenmiş olabilirler. Bu yüzden yeni iddialara inanmayabilirler ya da bunları doğrulamak için yeteri kadar zaman ayırmaya istekli olmayabilirler. Bu yüzden bir markanın kendisini toparlaması güç olur.

➤ Müşterinin önemli olarak algılamadığı bir boyutta kaliteye ulaşılabilir. Tüketicilerin değişimleri fark etmedikleri ya da bunlardan herhangi bir yarar sağladığını bilmediği için yatırım yaparken tüketicilere uyacak alanlara yatırım yapmak önemlidir.

➤ Tüketicilerin çok azı kalite hakkında rasyonel ve objektif yargıda bulunma yetisine sahiptir. Dolayısıyla tüketicilerin kalite ile ilgili bir yargıda bulunmalarını etkileyen küçük ayrıntıları anlamak önemlidir. Örneğin tüketiciler bir arabanın sağlamlığını anlamak için tekerleği tekmeliyorsa o tekerlek sağlam olsa iyi olur.

➤ Tüketiciler kaliteyi en iyi şekilde değerlendirmenin yolunu bilmedikleri için yanlış ipuçlarında bulunabilirler. Örneğin bir mücevher satan dükkânlar ilk kez elmas alacak alıcıları, kalitenin fiyat etkilerine veya karat hesaplarında yatmadığı konusunda eğitilebilir. Bir metafor ya da güzel görünen imge, tüketicilerin bu durumu en iyi şekilde görmesini sağlayabilir.

1.7.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite ve kalitenin gereksinimleri müşteriler tarafından kolaylıkla ifade edilmektedir. Somut ürünleri alan müşteriler kalitenin tanımını kolaylıkla yapabilirken, hizmet pazarlamacıları kontrol edebilmekte ve kaliteyi anlamada zorluk çekmektedirler. Bunun nedeni hizmetin somut bir çıktı olmaktan çok bir performansa dayalı olmasıdır. Hizmet firmalarında standart bir özellik belirleyip ona göre üretim yapmak çok nadir bir durumdur (Akıncı vd, 2009: 64).

Başka ifade ile kalite, her insan için farklı bir şekilde tanımlanmakta ve birçok farklı yöntemle ölçülebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümüne bakılırsa kalitenin sürekli devam eden, etmekte olan bir hizmet gelişimi olup hasta, doktor, sigorta kurumu, diğer personelin beklentilerini karşılayan hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Hastane yöneticileri kaliteyi sürekli gelişim sağlayan hastanenin temel stratejilerini belirleyen hizmetler olarak tanımlamaktadır (Nelson, 1992: 284). Sanayi devriminden bu yana kalite kavramı birçok evreden geçmiştir. Baştan ayıklanmaya dayalı yaklaşım olarak benimsenmiş yani kaliteli üretimin ancak hatalı üretim sağlam ürünle değiştirmesiyle sağlam olabileceği düşünülmüştür. Bu üretim sürecinde her aşamada üretilen her ürünün hedeflenen kriterlere uygunluğu gözlenmemiştir. Bu kaynakların doğal olarak israf edilmesine sebep olmaktadır. Daha önce değerlerin ayrıcalıklı olduğunu savunan kalite görüşü, bugün üretilen mal veya hizmetin müşterilerin ihtiyacına uygunluğu ve beğenilmesi olarak tanımlanmaktadır (Çoruh, 1995: 30). Başka ifade ile sağlık hizmetlerinde kalite, yaşam süresi, hayat süresinin korunması veya sürekli bir şekilde geliştirilmesi ve bir doktorun hastasına uygun yöntemlerle tedavi uyguladığında ve hasta iyileştirdiği zaman, kaliteli bir hizmet sunmuş demektir. Belirli bir zaman dilimi içerisinde hastaneye giren ve en az maliyetle tüm ihtiyaçlarının tam anlamıyla karşılanması, yasal yollarla arzu edilen sağlık seviyesine ulaşma olarak tanımlanmaktadır. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde kalite birçok farklı perspektifte değerlendirilmiştir. Farklı perspektif ve farklı kalite tanımı mantıksal olarak kalitenin ölçülmesi ve yönetiminde farklı metotları gerekli kılmaktadır (Piligrimiene and Buciuniene, 2008: 105).

Hizmet kalitesi 1980’li yıllarda Amerika’da meydana gelen yeni bir disiplindir. Bu tarihten itibaren özel sektörün önemli bir meselesi haline geldiği için hizmet kalitesi yönetimin önemli bir esası haline gelmiştir. Tüketiciler de gittikçe daha yüksek kalite hizmet istenmiştir. Bundan ötürü yönetim rekabet ortamında ayakta kalabilmek için kendini tüketicinin baskısında görmüştür. Bu yüzden hizmet kalitesini geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmuşlardır. Bunun için tüketicinin istek ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde bilip ona göre hizmet sunmaya zorlanmışlardır (Wisniewski and Wisniewski, 2005: 218).

Sağlık hizmetlerinde köklü değişiklik yapılması fikri 1980’li yıllardan itibaren fark edilmiş ve tüm ülkeler milli hasıladan sağlığa ayrılan kaynaklarına bakmaksızın yeni

arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerin yeniden yapılanma düşüncesi ve sağlık hizmetlerin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumunda kaynak yetersizlikleri ve hataların sebep olduğu yaşam kaybı sağlık hizmetlerinde kalitenin önemini artırmaktadır (Aslantekin vd., 2005: 59).

Yukarıda söz edildiği gibi sağlık hizmetlerinde rekabetin gittikçe arttığı bir ortamda hizmet verilmektedir. Bu yüzden çevresel baskılara yanıt vermek, rekabet üstünlüğü sağlama, önemli değişimleri başarmak, maliyetleri azaltma ve verimliliği artırmak için performans değerlendirme ve kalite geliştirme çalışmalarına gittikçe daha fazla önem verilmektedir. Fakat hizmet kalitesi için hastaların görüşleri de çok önemlidir. Bu görüşler hizmet kalitesinin ölçülmesi ve anlaşılması kadar önemlidir. Çünkü iyi bir hizmet kalitesi elde etmek için açıkçası hastanın ihtiyaçları, beklentisi ve algısı hakkında bilgi sahibi olmak çok önemlidir (Wisniewski and Wisniewski, 2005: 218).

Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalite sadece hizmet sunucuları ve hastalar için değil, hükümetler için de önemli bir konudur. Kaliteli bir sağlık hizmeti bireylerin daha sağlıklı ve daha mutlu bir yaşam sürmelerini sağlayacaktır (Aslantekin vd., 2005: 68). Taivan’da yapılan bir araştırmaya göre sağlık hizmetlerinde kalitenin fiyattan daha önemli olduğu vurgulanmıştır (Cheng, Weir and Chang, 2006: 74).

Kalitenin sağlık hizmetlerinde daha önemli hale gelmesini sağlayan diğer sebepler ise şu şekilde sıralanmaktadır (Öznalbant, 2010: 45).

- Tıp bilimi ve teknolojiadaki gelişmeler,
- Tanı ve tedavideki gelişmeler,
- Kitle iletişim olanakların artması,
- Hasta haklarındaki iyileşmeler,
- Genel kültür düzeyinin ve kişilerin kendi sağlıklarına verdiklerin değerin artması,
- Daha önce sadece hizmet sunucuların sahip olduğu sağlık ve hastalıkla ilgili bilgiye hastaların da olması ve böylece görüşlerini dile getirmesidir,

Algılanan kalite birçok farklı sebeplerle birlikte marka değerini korumaya çalışmıştır (Aaker, 2009a: 31).

- Tüm marka çağrışımları arasında sadece algılanan kalitenin finansal performansı yönlendirdiği anlaşılmasıdır.
- Algılanan kalite bir işin başlıca stratejik itici gücüdür.

- Algılanan kalite, bir markanın nasıl algılandığı hakkındaki diğer olayları yönlendirir ve onlarla ilişkilendirir.

Sağlık hizmetlerinde kalite çeşitli özelliklerle geliştirilmektedir. Bu özellikler etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyet olarak sıralanmaktadır (Kaya, 2005a: 5-12). Aşağıdaki Tablo 1.3.'te sağlık hizmetlerinin kalite özelliklerinden bahsedilmektedir.

Tablo 1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Özellikleri

Etkenlik	En uygun koşullar altında kullanıldığında sağlık hizmetlerine bilim ve teknolojik yönden iyileştirme yeteneği.
Etkililik	Sağlık hizmetlerinde mevcut ulaşabilir olan iyileştirme ile gerçek olana ulaşma derecesi.
Verimlilik	Belirli bir maliyetle daha fazla iyileştirme sağlama ya da aynı derecede iyileştirmeyi daha düşük maliyet ulaşma derecesi.
Optimallik	Sağlık hizmetleri maliyetleri ile faydaları arasındaki “en iyi” veya “optimum” nokta bulunması.
Kabul Edilebilirlik	Hastaların ve ailelerin isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluk derecesidir.
Yasallık	Etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemeler gibi sosyal tercihlere uygunluk.
Hakkaniyet	Sağlık hizmetlerine erişimde ve faydaların dağıtımında doğru veya adil olanı belirleyen prensipler.

Kaynak: Kaya, 2005a: 5-12

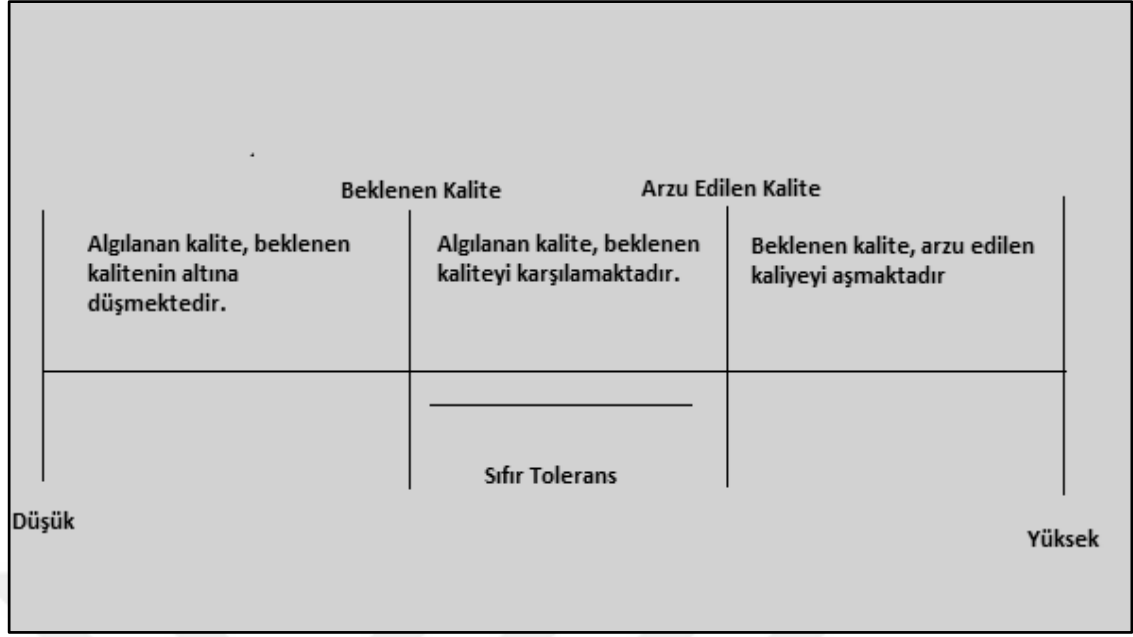
1.7.5. Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Fiziksel Kalite

Algılanan kalite, ürün ve hizmetin mevcut kalitesi değildir. Ürün ve hizmetin müşterinin gözündeki değeridir. Gerçek kalite ile algılanan kalite arasındaki fark mekanik kalite ile insana ait kişisel yargılardan oluşmaktadır. Mekanik kalite bir olay veya herhangi bir şeyin özelliği ve nesnelliğin dâhil olduğu olaylardır. Bu iki durum arasındaki fark algılanan hizmet kalitesini oluşturmaktadır (Zeithaml, 1988: 4).

Algılanan kalite, müşterilerin toplam kalite algısıdır. Ayrıca mal ve hizmetin alternatiflerine göre üstünlüğü olarak tanımlanmaktadır. Algılanan kalite müşterilerin

algıladığı kalite olduğu için müşteriye göre çeşitli şekilde değerlendirilmektedir. Gerçek ya da objektif kalite, yani üstün hizmet sunan ürün veya hizmet derecesi ürün esaslı kalite, sahip olunan özelliklerin içindekilerin, hizmetlerin kalitesi ve özelliğidir. Üretim kalitesi, “sıfır hata” olarak derecelendirilir. Algılanan kalitenin nesnel olarak tanımlanması önemli değildir. Çünkü kalite algısı, müşteriden müşteriye göre farklılık gösterir. Yani müşteri için neyin önemli olduğu yargısı ihtiyaçlarda farklılık göstermektedir (Erdil ve Uzun, 2009: 252). Bir müşteri performans ve beklenti seviyesi hakkında düşük bir beklenti içerisinde olduğu zaman aldığı ürün ve hizmetten memnun kalabilir. Yüksek algılanan kalite, düşük maliyetlere uygun değildir. Yani tutumdan ayrılır. Düşük kalitede bir ürün/hizmet ucuz olduğu zaman ise olumlu bir algı oluşturur. Fakat çok pahalı bir ürün ve hizmet bir kişide olumsuz bir yargı da oluşturabilir. Yani algılanan kalite, memnuniyetten farklıdır. Algılanan kalite başka ifade ile bir marka hakkında soyut ve genel bir duygudur. Fakat genel olarak markanın ilişkilendirildiği, güvenilirlik ve performans vb. ürün ve hizmet özelliklerini içeren temel boyutlara dayanmaktadır (Aaker, 2009b: 106-107).

Hizmet kalitesini tüketici beklentilerine göre iki farklı şekilde gerçekleşmektedir. Arzu edilen hizmet düzeyi ve beklenen hizmet seviyesi olmak üzere ayrılmaktadır. Tüketicinin almasını beklediği hizmet veya beklentisinden daha fazla hizmet alması, arzu edilen hizmet düzeyi ile gösterilmektedir. Tüketicilerin tahmin edebildiği ve beklentisinin karşılandığı hizmetler ise yeterli düzeydeki hizmetler (beklenen) olarak tanımlanmaktadır. Beklenen hizmet ile arzu edilen hizmeti birbirinden ayıran kısım ise “sıfır tolerans” olarak tanımlanmaktadır (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1991: 42). Bu özellikler Şekil 1.3.’te sağlık hizmetlerinde algılanan kalitenin aşamalarında gösterilmektedir.

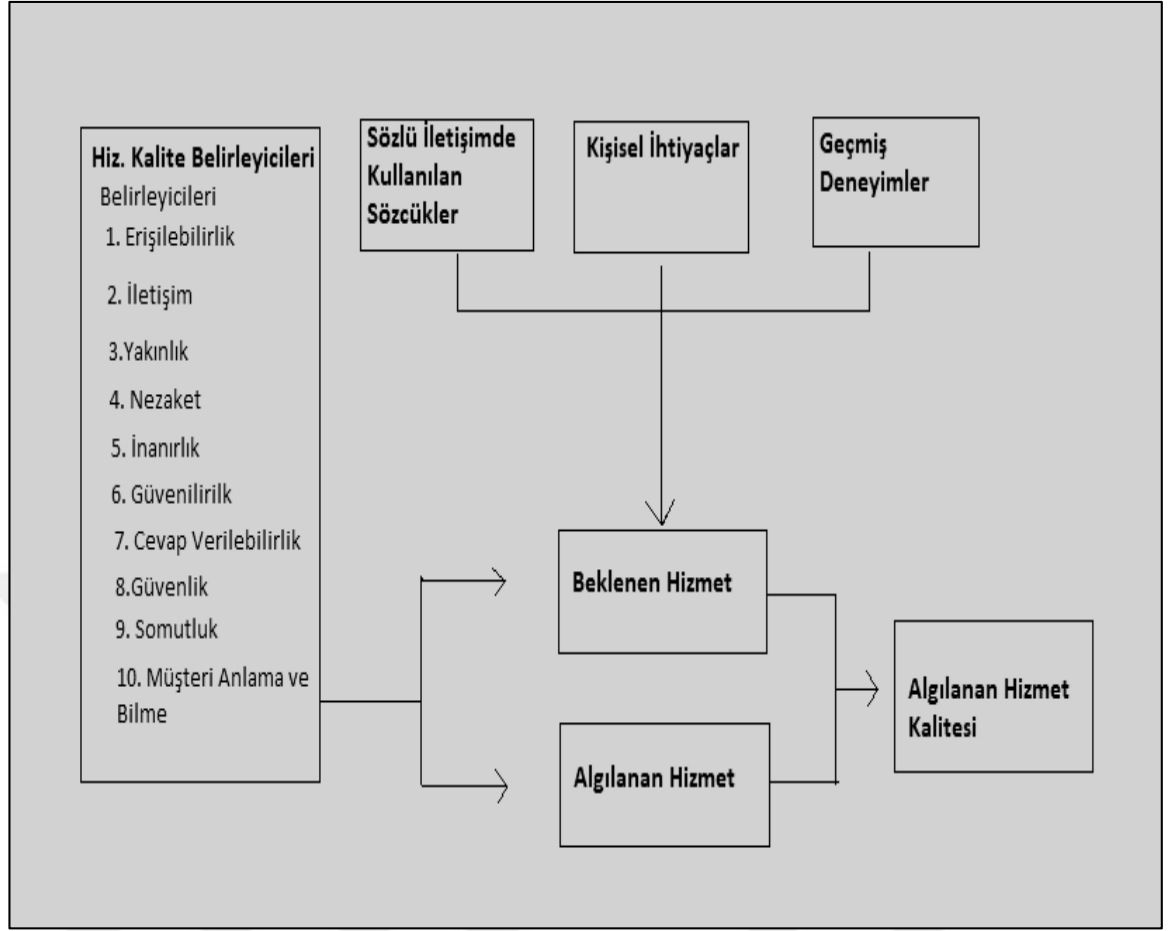


Şekil 1.3. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite

Kaynak: Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1991: 42

Beklenen kalite ile algılanan kalite arasında ürün veya hizmeti almada müşteride çeşitli şekillerde boşluk oluşturmaktadır. Yani beklenen kalite, algılanan kaliteden büyükse algılanan kalite optimum düzeyde olamaz. Müşteri beklentisinin altında ürün veya hizmet almıştır. Bu da kalite algısında negatif bir boşluk oluşturur. Eğer beklenen kalite, algılanan kaliteye eşitse, mal ve hizmetten tatmin olunmuştur. Fakat beklenen kalite, algılanan kaliteden küçükse mal ve hizmetten elde edilen doyum ideal düzeydedir. Yani bu durumda beklenen kalite ile algılanan kalite arasında pozitif bir boşluk oluşmaktadır (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985: 48-49).

Şekil 1.4.'te algılanan hizmet kalitesinin belirleyici unsurlarından bahsedilmektedir.



Şekil 1.4. Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

Kaynak: Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985: 48-49

Şekil 1.4.'te belirtildiği üzere algılamanın sağlık hizmetlerindeki etkisine bakılırsa sağlık hizmetlerinde eksik olan yönlere vurgu yapmak ve bakım kalitesini takip etmek için hastalardan geri bildirim alınması son derece önemlidir. Özellikle uzun vadeli bakım kalitesi değerlendirilmesinde ve hasta algılarını etkilemek için hastaları ilgilendiren kararlara katma, beklentileri daha iyi karşılama, bütçe kısıtları ulaşılabilir hale getirmek hasta algılarını olumlu yönde etkilemektedir (Kaya vd., 2003: 90-91).

1.7.6. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Belirleyicileri

Sağlık hizmeti kullanacak kişiler hastalıkların önlenmesi ve belirtilerinin ortadan kaldırılması için sağlık kurumuna başvururlar. Hizmetten memnun kalırlarsa tekrar hizmet almak için hastaneye gelirler. Bu yüzden müşteri memnuniyeti çok önemlidir. Sağlık sunucuları daha çok müşteri memnuniyeti ile ilgili kalite boyutları üzerinde durmaktadırlar. Toplumda çoğunlukla kalitenin sürekliliği, erişilebilirliği, verimliliği ve

personel arasındaki ilişkiler önemli görülmüştür. Fakat vatandaş tam olarak hangi hizmetten faydalanacağını bilmediği için sağlık sunucuları yeteri düzeyde teknik kaliteye sahip, toplumun ihtiyaçlarını bilen ve etkili ve verimli çözümler sunan hizmet sunucuları olmalıdırlar. Sağlık sunucuların perspektifinden bakılırsa kalite, mevcut teknik standartlar ve kaynaklara göre hastaların statüsünü geliştirmek için gerekli olan şartları, kaynakları ve yetenekleri etkili ve verimli kullanarak optimum düzeyde fayda sağlamaktır (Brown et al, 1992: 11).

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985: 46-48), algılanan kalite bileşenleri ile ilgili sağlık sunucuları ve hasta grupları hakkında yapmış oldukları çalışma sonucunda sunulan hizmet türü ne olursa olsun hizmet kalitesini değerlendirmede aynı kriterleri kullanmışlardır. Bunlar: güvenilirlik, heveslik, yeterlilik, erişilebilirlik, nezaket, iletişim, güvenilirlik, güvenlik, müşteriye anlama/bilme ve somutluk olmak üzere 10 kriter altında incelenmektedir.

- **İnanılrlık:** Performans ve sadakat çok önemlidir. Bir firma vaat ettiği hizmeti doğru zamanda gerçekleştirmelidir. Örneğin; faturalar ve diğer kayıtlar doğru tutuluyor mu?
- **Heveslik:** Hizmet sunucuları, hizmeti gerçekleştirirken isteklidirler. Hizmeti zamanında gerçekleştirirler. Örneğin; tüketicilerin ihtiyaçlarına zamanın dönme.
- **Yeterlik:** Hizmet sunumunda gerekli olan bilgi ve yeteneğe sahip olup, bunu verimli bir şekilde sunmaktır. Örneğin; halkla ilişkiler biriminin hasta ile ilişkisi, cerrahi personelin bilgi ve yeteneği.
- **Erişilebilirlik:** Hizmet almak için sağlık kurumuna bizzat erişmek veya telefonla erişim kolaylığının olup olmadığı anlamına gelir. Örneğin; bankadan hizmet almak için kısa süre beklemek, ameliyat için saatin uygunluğu vs.
- **Nezaket:** Hizmet sunumunda personelin nazik, saygılı, düşünceli ve dostça temasta bulunmasıdır. Örneğin; resepsiyonist ve telefon operatörün müşteriye karşı nazik davranması, çalışan personelin iyi giyimli ve temiz olması vs.
- **İletişim:** Hizmet sunucularının tüketiciyi dinleyip onların anılabileceği tarzda temas kurmasıdır. Örneğin; özgüvenle kendini ifade etme, bir problem varsa bunu kesin bir şekilde çözebileceğini garantilemek.

- **Güvenilirlik:** Müşterinin en çok ilgilendiği önemli bir husustur. Güvenilir biri doğruluk, dürüstlük ve inanılabilir özelliklere sahiptir. Örneğin; kurumun ismi, kurumun imajı vs.
- **Güvenlik:** Tehlike, risk ve şüpheden uzak durmaktır. Örneğin; fiziksel ve finansal yönde müşteriye garantiye almak.
- **Müşteriyi Anlama/Bilme:** Müşterinin ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmektir. Örneğin; sabit müşterinin farkına varmak.
- **Somutluk:** Hizmetin fiziksel olarak sunulduğu özelliklerdir. Örneğin; fiziksel imkânlar, personel görünüşleri, hizmet sağlamak için kullanılan ekipmanlar vs.



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANILAN KALİTE ÖLÇÜM MODELLERİ

Hizmet kalitesinin hizmetin soyutluğu, heterojen olması ve ayrılmazlığı/bütünlük özelliği iyi bilinirse hizmet kalitesini değerlendirmek kolaylaşacaktır (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985: 42). Sağlık hizmetlerinde doktor, hemşire, malzeme-ekipmanların yetersizliği sebebiyle ve müşteri ihtiyaçları karşılamada yetersizliği bu sektörde düzeltici önlemler alınmasını ve hizmet kalitesini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilik ise hizmet kalitesinin ölçümünü beraberinde getirmiştir (Zerenler ve Ögüt, 2007: 504).

Hizmet kalitesi ölçümünde birçok yöntem kullanılmaktadır bunların içerisinde en güvenilir olanı SERVQUAL ölçek modelidir. Bu ölçek uygulamada basit oluşu, bununla birlikte işletmelere hizmet kalitesi hakkında çok değerli bilgileri düşük maliyetle vermesi ve güvenilirliği çok yüksek bir model olduğu için popülerliğini korumaktadır. Özellikle hastanelerde çeşitli pilot uygulamalarla birlikte kullanımı öngörülmüştür. Hastaların SERVQUAL ölçeğini oluşturan beş hizmet kalite boyutuna cevap vermesi değerli bilgiler elde edilmesini sağlamaktadır. Hastane yönetimi bu değerlendirmeleri dikkate almalı, hastalar için değer katmayan süreçler yeniden ele alınıp etkin kullanımı sağlanmalıdır (Öznalbant, 2010: 59-60). Bütün bu değerlendirmeler SERVQUAL ölçeğine bağlı olarak gerçekleştirilmektedir. Bu ölçek oluşturulmadan önce hizmet kalite modeli olarak 1978 yılında Sasser tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra Grönroos 1984 yılında bu çalışmayı ilk kez hizmet kalite modeline uyarlanmıştır. Bu model teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olarak üç bileşen olarak geliştirilmiştir (Yarimoğlu, 2014: 81).

2.1. ALGILANAN HİZMET KALİTE MODELİ

Algılanan hizmet kalite modeli, hizmet kalitesini uygulamaya yönelik bir model değildir. Teorik olarak uygulanan bir modeldir. Bu model hizmet işletmeleri için ürün kayıplarının doğasını anlamak ve akademisyenlere, uygulayıcılarına yardım etmesi için geliştirilmiştir (Grönroos, 1998: 329). Grönroos (2007: 40) algılanan hizmet kalitesini teknik, fonksiyonel kalite ve imaj olarak üç bileşene ayırmıştır.

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetleri teknik ve fonksiyonel olarak iki gruba ayırmak mümkündür. Teknik hizmetler, teşhis ve süreçlerin uzmanlık gerektiren teknik bölümü ile ilgilidir. Fonksiyonel hizmetler ise, hastanın konforu, morali, güveni ve rahatı gibi tatminlerin sağlanması için bu süreçlerin gerçekleştirilme şeklini ve sağlık hizmetini hastaya ulaştıran kişinin davranış tarzını ifade eder (Devebakan, 2005: 22).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, tanı ve tedavi süreçlerindeki hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını içermektedir. Verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede kullanılan yaklaşımlardan en önemlisi Donebedian tarafından geliştirilen 'yapı, süreç, sonuç' yaklaşımıdır. Bu yaklaşım 'üç öge yaklaşımı' olarak da anılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 455).

Yapı (Structure): Sağlık hizmeti sunan sağlık işletmesinin genel özelliklerini içermektedir. Sağlık işletmesinin maddi kaynakları, insan kaynakları, kurumun örgütsel yapısı gibi değişkenler yapı ögesi içerisinde yer alır.

Süreç (Process): Hizmet üretimi ve sunumu sırasında gerçekleştirilen faaliyetler üzerinde odaklaşan ögedir. Hastanın muayene edilmesi, hastalığa tanı konulması, uygun tedavi yönteminin geliştirilmesi ve uygulanması gibi faaliyetleri içermektedir.

Sonuç (Outcome): Verilen sağlık hizmetinin hastaların ve toplumun sağlık statüsü üzerinde yaptığı etkileri ifade etmektedir.

Donebedian'ın üç ögeli bu yaklaşımına göre teknik anlamda kalite bu üç ögenin etkileşimi ile elde edilir. İyi bir yapı iyi bir sürecin ortaya çıkmasını; iyi bir hizmet süreci de arzulanır sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır. Ancak sağlık hizmeti alınırken tek başına teknik kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi genel hizmet kalitesini yansıtmakta yeterli olmayacaktır. Sağlık işletmelerinin yüksek kaliteye ulaşması için gerekli diğer kriter de fonksiyonel kalitedir.

Sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalite, verilen hizmet süreci boyunca hasta beklentilerinin karşılanmasını içermektedir. Hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Bununla birlikte bu konuda dikkat edilmesi gereken husus fonksiyonel kalitenin müşteriler tarafından objektif olarak değerlendirilemeyeşidir. Dolayısıyla

sübjektif olarak algılanmakta ve teknik kalite gibi kolayca değerlendirilememektedir (Devebakan, 2005: 10).

Subjektif değerlendirmeye sebebiyet veren hususlar, beklenen ve algılanan kalitede olduğu gibi müşterilerin geçmiş deneyimleri, diğer müşterilerden aldıkları tavsiyeler, işletme ile ilgili reklamlar, işletmenin fiziksel ve teknik kaynakları, müşterilerle sürekli iletişim ve işletmenin hizmetlerine ulaşılabilirlik şeklinde sıralanabilir. Başarılı ve kaliteli bir tedavinin ilk adımı hastanın hekimini benimsemesidir. Bu nedenle hasta ile hekimin etkileşimi kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda son derece önemlidir (Çatalca, 2003: 9).

Sağlık işletmelerinde hastaların kalite algısının daha çok fonksiyonel kalite üzerinde yoğunlaştığı hiç şüphe götürmese de, sağlık işletmecileri teknik kalite boyutunu geliştirmeye daha çok özen göstermektedir. Sağlık yöneticilerinin teknik kaliteyi yükseltmeyi hedeflemeleri hastalar için en doğru yaklaşım olsa da fark yaratan bir hizmet kalitesi için fonksiyonel kalitenin yükseltilmesi hedeflenmeli ve bunun için bir takım önlemler alınmalıdır. Beklenti ve algıları eşleştirmek, hatta beklenenin üstünde bir performans ile hizmet sunmak gerekmektedir. Bunun için de hizmet kalitesi belirlemede kullanılan kavramsal hizmet kalitesi modeline göre boşlukların yarattığı ve ya yaratacağı farklar tespit edilerek, iyi bir değerlendirmeden sonra bunlara yönelik önlem almak gerekmektedir. Özellikle sağlık yöneticileri tarafından unutulmamalıdır ki sağlık işletmelerinde optimum bir kalite olgusundan söz edebilmek için sunulan hizmetlerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun olması, diğer taraftan da hizmetlerin hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir (Devebakan, 2005: 24).

Bu kapsamda teknik kalite daha çok işin profesyonel yönüyle ilgilidir. Yani sağlık hizmeti sunan kişilerin sorumluluğundadır. Profesyoneller tarafından teşhis ve tedavi prosedürleri uygulanırken, fonksiyonel kalite ise hizmet sunucuların hastanın gözünde oluşturduğu imajla ilgilidir (Lin, Xirasagar and Laditkal, 2004: 437).

Geleneksel tüm piyasa aktiviteleri (reklamlar, yapısal ücretlendirme, teşvik vs.) tüketicilerin beklenti düzeylerini etkileyebilir. Ayrıca reklam çalışmaları hem teknik kaliteyi hem de fonksiyonel kaliteyi gerçeğinden daha iyi gösterir. Bu müşterilerin beklenti düzeyini artıracaktır. Algılanan kalite beklenen kalite arasındaki boşluk

müşterileri hayal kırıklığına uğratacaktır. Böylece hizmet işletmesinin imajı müşterinin gözünden düşecektir. İmaj kalitenin bir boyutu olabilir (Grönroos, 2007: 40).

2.2. SERVPERF HİZMET KALİTE MODELİ

Bu model SERVQUAL ölçeğine bir tepki olarak ortaya atılmıştır. SERVQUAL ölçeğinde kullanılan beklenti skalası yerine sadece performansa dayalı bir sistem benimsenmiştir. Bu sistem 22 soruluk sadece performansı ölçmeye yönelik maddelerden oluşmaktadır. Daha yüksek algılanan performans ölçümü daha yüksek kalitede hizmet sunmak demektir. Yani SERVQUAL ölçeğinde çok sayıda soru yerine performansı doğrudan yansıtan sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca hizmet kalitesinin detaylı ölçümünde daha büyük değişkenleri ifade etmede SERVQUAL ölçeğinden daha üstün yönleri bulunmuştur (Jain and Gupta, 2014: 28).

Model ile hizmet kalitesi müşterilerin memnuniyeti ve satın alma algısı arasında arasındaki ilişki artmıştır. Performansa dayalı model teorisi (SERVPERF), satın alma niyetine etki eden hizmet kalitesi değil, tüketici memnuniyeti üzerine kurulmuştur. Dolayısıyla SERVPERF ölçeği, algılanan performanstan (A) beklenen durumu (B) çıkarılırsa ya da doğrudan kalite performansa eşitlenirse hizmet kalitesi bulunmuş olur. $Kalite = A - B$ veya $Kalite = Performans$, olarak hesaplanır (Lee and Kim, 2014: 3762). Bu iki model kıyaslanırsa, SERVPERF ölçeği sadece tüketici algılarını ölçmesi, bu modelin pratik ve kolay uygulanabilmesi birçok araştırmacıdan destek görmesini sağlamıştır. Fakat evrensel olarak hangisinin daha genel geçer olduğu hususunda uzlaşa yoktur. Bu yüzden en uygun modeli seçmek araştırmacının kişisel yargılarına kalmıştır (Yıldız, 2009: 1216). Eğer araştırmacı, SERVPERF ölçeğini seçerse teorik veya deneysel hizmet kalitesi ölçmesi en ideal olanıdır. Bir başka ifade ile SERVPERF ölçeği hizmet kalitesinin müşterinin gözünde bir çeşit imajdır.

Sonuç olarak düşünülürse SERVPERF ölçeği doğrudan performansı ölçmeye yönelik olduğu için sadece performansa değer veren işletmeler için uygun görülmüştür. Örneğin; Bankacılık, fast-food, kuru temizleme ve böcek ilacı sektörleri gibi sektörlerde uygun görülen ölçüm yöntemidir (Adil, Ghaswyeh and Albkour, 2013: 69).

2.3. KRİTİK OLAYLAR TEKNİĞİ

Bu teknik, müşterilerde memnun kaldıkları hizmet veya memnu kalmadıkları hizmetin altında yatan gerçekleri değerlendirmeye yönelik teknik bir çalışmadır.

Özellikle problemlerle ilgili çözüm önerileri için müşterilerin davranışlarını gözlemlemek ve sınıflandırmak için tasarlanmıştır. Kritik olaylar tekniğinde çözüm prosedüründe sayısal veri çözümleme yerine hikâye analizi yapılır. Yani iletişime geçmek istenen kişiye çeşitli şekillerle sorular sorulur. Her soru farklı şekillerde sınıflandırılır (Bitner, Booms and Tetreault, 1990: 73).

Bu teknik özellikle hizmet kalitesi için kullanılır. Çünkü algılanan kalite soyut ve bu teknikte kullanılan analizler de soyut olduğu için hizmeti kullanan kişiye kritik/önemli sorularak yöneltilerek algılanan hizmet kalitesi ölçmüş olunur. Fakat Somut mallar için aynı şey söz konusu değildir. Yani malların hizmet kalitesini ölçmek daha zordur. Bu yöntem tamamen tüketicinin normal hizmet yöntemine karşı düşüncesini yansıtır (Stauss and Weinlich, 1997: 35-36).

2.4. SERVQUAL HİZMET KALİTESİ MODELİ

Parasuraman, Zeithaml ve Berry hizmet kalitesini daha da geliştirmek için bir araya gelmişlerdir. Herhangi bir sanayi koluna ait tüketicilerin hizmet kalitesi algılarını tanımlayan tekniklerin geliştirilmesinin başka iş kollarını da uyarlanabilen genellemeler yapılmasına olanaklar tanıyabileceğine inanan araştırmacılar, hizmet sektöründe kullanımı elverişli SERVQUAL olarak tanımlanan bir model geliştirmişlerdir (Öznlbant, 2010: 54).

Bu modelin temeli; “müşterilerin ‘beklediği hizmet’ ile organizasyon yöneticileri tarafından beklentilerin algılanıp, hizmetin müşteri tarafından algılanması ile oluşan ‘algılanan hizmet’in karşılaştırılmasına dayandırılması” olarak tanımlanmaktadır (Kayral, 2014: 23). Bu hususta hizmet kalitesi, müşterinin hizmetten beklentisi ile algılanan hizmet arasındaki fark olarak nitelendirilmektedir. Bu fark, müşterinin beklediği hizmet kalitesi algılanan hizmet kalitesinin altına düşerse, müşteri hayal kırıklığına uğrar. Eğer beklenen hizmet kalitesi, algılanan hizmet kalitesini karşılıyorsa müşteri memnun kalacaktır. Algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesini aşmışsa müşteri durumdan çok memnun kalacaktır.

Böylelikle algılanan hizmet kalitesi ile beklenen hizmet kalitesi arasındaki fark müşteri memnuniyetini etkileyecektir. Bu da algılanan hizmet kalitesi ile beklenen hizmet kalitesi arasında çeşitli şekillerle boşluk oluşmasına sebep olacaktır (Chowdhury, 2008: 134-135). Şekil 2.1.’de belirtildiği gibi bu boşluklar şöyledir:

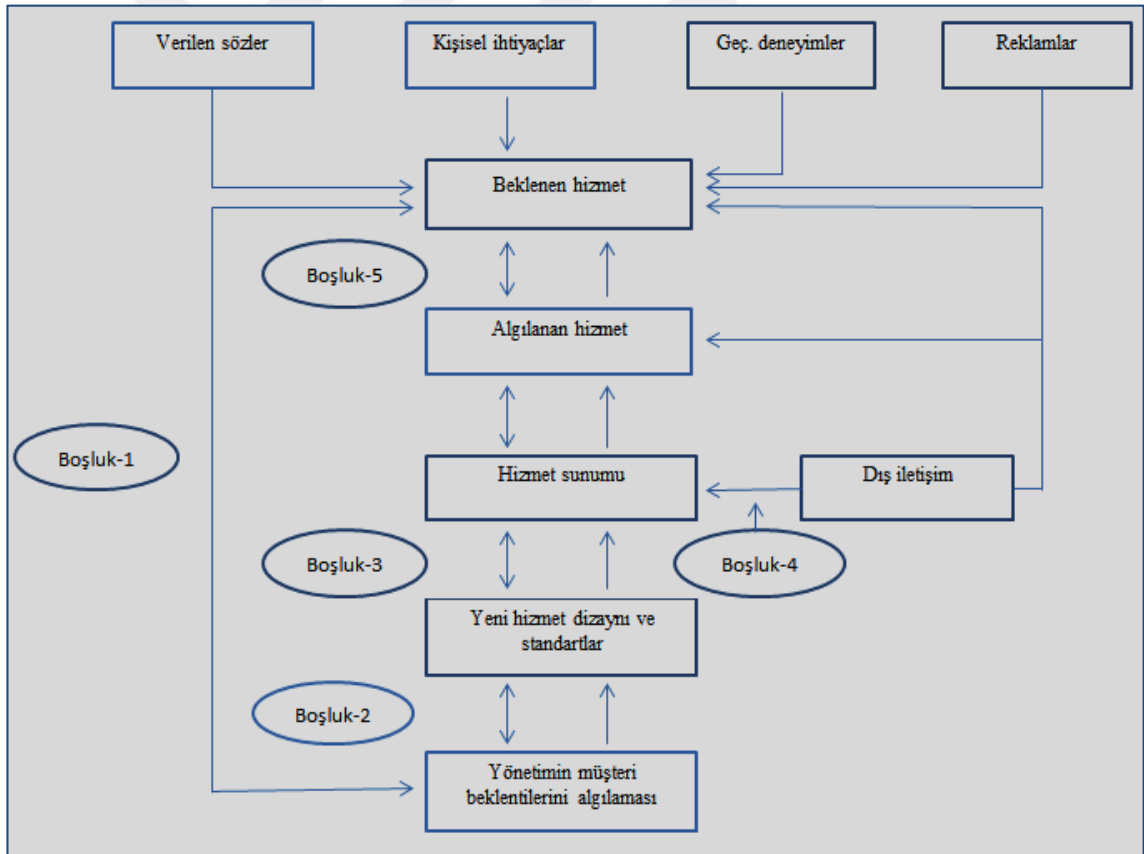
Boşluk 1: Müşterinin beklentilerine karşı yönetim algıları: yönetim, müşterinin istediği şeyi daima satın alamaz.

Boşluk 2: Yönetim algılarına karşı hizmet özelliği: yönetim tüketicilerin ihtiyaçlarını doğru algılar. Fakat kimi zamanlar tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayacak standart performansı sağlayamaz.

Boşluk 3: Yeni hizmet dizaynı ve standartlara karşı hizmet sunumu: personeller, hizmet sunumunda yetersiz ya da isteksiz kalabilir. Bunlar hizmet sunumunda müşterinin ihtiyaçlarını karşılayamazlar.

Boşluk 4: Hizmet sunumuna karşı dış iletişim: tüketici beklentileri, şirket temsilcileri ve reklamlar tarafından etkilenmektedir.

Boşluk 5: Algılanan hizmete karşı beklenen hizmet: tüketici, hizmet kalitesini yanlış algılayınca bu boşluk meydana gelir. Aslında işletme 1 ile 4 arasındaki boşlukları en aza indirirse, 5. boşluğu da o kadar azaltmış olacaktır.



Şekil 2.1. Hizmet Kalitesinde Boşluk Modeli

Kaynak: Chowdhury, 2008: 134

Hizmet üretiminde bulunan her kurum SERVQUAL ölçeğinde çeşitli değişiklikler yaparak hizmet kalitelerini ölçmüşlerdir (Wisniewski and Wisniewski, 2005: 220). Oysa bu ölçeğin temelinde 10 boyut bulunmaktadır. Yapılan istatistik analizler sonucunda bu boyutların bazılarının birbiriyle uyumlu oldukları ve bunun sonucunda birleştirilen boyutların yeni boyutlara ihtiyaç oldukları ortaya çıkmıştır (Ersöz vd., 2009: 20).

Parasuraman ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalar sonucunda hem hizmet kalite boyutlarını ölçmek hem de boşluk boyutunu belirlemek amacıyla bu ölçek özel bir şekilde tasarlanmıştır. Dolayısıyla piyasada ne kadar farklı türde sektör varsa tamamına göre uyarlanmaktadır. Orijinalinde toplam (22+22=44) 44 likert soru bulunmaktadır. Bunların 22'si beklenen kaliteyi ölçmeye yönelik, diğer 22'si ise mevcut/algılanan kaliteyi ölçmeye yöneliktir (Wisniewski and Wisniewski, 2005: 220). SERVQUAL ölçeğinin beş boyutu şöyledir: Somutluk, güvenilirlik, cevap verilebilirlik, güvence ve empati olmak üzere, son iki boyutu (güvence ve empati) ise 7 orijinal boyutu temsil etmektedir. Bu boyutlar, iletişim, inanılabilirlik, güvenlik, yetkinlik, nezaket, müşteriye anlama/bilme ve erişilebilirlik olarak sıralanmaktadır (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1988: 23; Kilbourne, 2004: 524).

Sonuç olarak hizmet kalitesini ölçmek için SERVQUAL ölçeği ideal bir modeldir. Fakat temelde kalite çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Hasta memnuniyeti bu katmanlardan biridir. Bu yüzden araştırmacılar ve yöneticiler bütün bu boyutların nasıl etkilendiğini bilmelidir. Sağlık bakım boyutlarını birleştirerek mikro/makro düzeyde hizmet kalitesini ölçmek için yeni modeller geliştirmelidir (Turner and Pol, 1995: 45).

2.4.1. SERVQUAL Ölçeğinin Üstün Yönleri

SERVQUAL ölçeği özellik bakımından birçok modelden ayrıcalıklı konumdadır. Hotel, diş klinikleri, seyahat acenteleri, hastane, eğitim ve inşaat sektörü olmak üzere birçok alanda uygulanmaktadır. Bu kadar yaygın bir ölçek olarak kullanılmasının sebebi ölçeğin üstün özelliklerindendir. Bu özellikler şöyle sıralanır (Rohini and Mahadevappa, 2006: 60).

- Hizmet kalitesinin farklı boyutlarını değerlendirmek için bir standart forma sahip olmasıdır,
- Hizmetin birçok farklı durumu için geçerli görülmesidir,
- Güvenilir olarak bilinmesidir,

- Bu ölçek sınırlı sayıda maddeden oluştuğu için uygulanması kolaydır. Müşteriler ve çalışanlar hızlı bir şekilde doldurabilirler.
- Sonuçlara ve yorumlara yardım etmesi için standardize edilmiş prosedüre sahiptir.

2.4.2. SERVQUAL Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler

Birçok yönden üstünlükleri bulunan SERVQUAL ölçeği, birçok noktada eleştirilmektedir (Status and Weinlich, 1997: 34).

- Bu ölçek ile toplanan veriler müşterinin kalite beklentisini tam olarak yansıtmamaktadır. Kaliteyi bütün yönleri ile yansıtmak için müşterinin soruları cevaplamada istekli olması gerekmektedir.
- Sorulan sorular, kalite deneyimlerini sorunlu bir biçimde toplanmaya zorlandığı yönündedir. Örneğin bir banka müşterisine memnuniyet hakkında sorular sorulunca, bu kişi bankada çalışan personelle temas içinde olduğu için bu da araştırmanın güvenilirliğini etkilememektedir.
- Bir başka eleştiri ise SERVQUAL ölçeğinin müşteri hizmet kalite beklentisini tam olarak yansıtmamasıdır ve sonuç açısından kaliteli bir yönetimin ihtiyacı olan bilgi için yeterliliğe sahip olmamasıdır (Status and Weinlich, 1997: 34-35).
- SERVQUAL ölçeği ekonomik, istatistik ve psikolojik teorilerde başarısız olmasıdır.
- Müşteriler beklenen ve algılanan kalite boşluğu bakımından hizmet kalitesini değerlendirmede yetersiz kalmaktadır.
- SERVQUAL ölçeğinde beklenti birçok anlama gelmektedir. Müşteriler ise hizmet kalitesi değerlendirmek için beklenti yerine standart bir form kullanmaktadırlar.
- Ayrıca ölçeğin 7'li likert skalası hatalı bulunması yöneltilen birkaç eleştiridir (Buttle,1996: 10-11).
- Birçok araştırmacı SERVQUAL ölçeğinin profesyonel hizmet kalitesinin boyutlarını kapsamadığını ve teknik kalite yönünden de eksik kaldığı görüşündedirler (Piligrimiene and Buciuniene, 2008: 105).
- Yöneltilen bir diğer eleştiri ise SERVQUAL ölçeğinin beş boyutunun sanal ortamda yapılmasına uygun olmamasıdır. Yapılan birkaç çalışma ile sanal ortamda

uygulandığında sadece üç boyutunun uygun olduğu saptanmıştır. Diğer boyutlar uygun değildir (Ladhari, 2009: 189).

- SERVQUAL ölçeği, 13'ü olumlu ve 9 olumsuz olmak üzere 22 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların bazıları doğrudan “evet”, “hayır” hükmündedir. Bazı araştırmacılar yapmış oldukları araştırmalar sonucunda negatif anlamlı sorular tek faktöre yoğunlaşırken, pozitif anlamlı sorular ise bir diğer alana yoğunlaşmaktadır. Bu yüzden anlam bakımından SERVQUAL ölçeğindeki sorular her yönden eşit dağıtılmalıdır (Kulasın and Santos, 2005: 138).

2.4.3. Sağlık Hizmetleri Kalite Ölçümünde SERVQUAL Uygulamaları

Sağlık hizmetleri profesyonel hizmetlerin yoğun gerçekleştiği sektördür. SERVQUAL ölçeği profesyonel hizmet kalitesinin tüm boyutlarını karşılamamaktadır. Daha teknik kalite gerektiren “tıbbi hizmetler” gibi boyutlar eklenmelidir (Piligrimiene and Buciuniene, 2008: 105). Fakat özellikle sağlık hizmetlerinde SERVQUAL ölçeği birçok alanda kullanılmıştır.

Bu alanlarla ilgili yapılan kalite ölçüm uygulamaları hakkında bazı örnekler verilecektir. Eldem (2009: 77) yapmış olduğu çalışmaya göre ölçeğin beklenen hizmet kalite soruları faktörlerine ayırlamadığı saptanmıştır. Avusturalya’da beşi tıp merkezi ve on ikisi anne ve çocuk merkezi olmak üzere birbirinden farklı olan kuruluşlarda SERVQUAL ölçeği ile 490 kişinin hizmetten memnuniyeti ölçülmüştür. Bunun sonucunda dört sabit faktör bulunmuştur (Dean, 1999: 10).

- Somutluk-görünüm
- Güvenilirlik/Cevap verebilirlik- zaman ve bağlılık
- Güvence- nezaket ve güvenlik
- Empati

İngiltere’de sağlık hizmetlerinde doktorların uygulamaları hakkında yapılan çalışmada 594 kişi katılmıştır. Çalışmada faktör analizi ve standart verimax rotasyonu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hasta tatminini etkileyen altı bileşen bulunmuştur (Gabbott and Hogg, 1994: 30).

- Hizmet çeşitliliği (örneğin engellilere tanınan imkânlar, sağlık promosyon programları ve uzman cerrahların varlığı vs.)

- Empati (örneğin sekreterin hasta kaydı yaparken takındığı tavır, ev ziyaretlerin düzenlenmesi)
- Doktor özelliği (Örneğin doktorun yaşı, cinsiyeti ve sayısı)
- Fiziksel olanaklar (örneğin park yerleri, hastanenin şehir taşımacılığına erişimi)
- Durum (örneğin bekleme odasının olanakları, cerrahi dekorasyon)
- Cevap verebilirlik (örneğin doktorlarla geçirilen zaman, doktoru beklemekle geçirilen zaman)

Avusturalya’da hastaların genel pratisyen hizmetleri tercih etmeleri üzerine yapılan bir başka araştırmada 1297 kişinin katılımı ile gerçekleştirilen araştırmada iletişim, cinsiyet, ilişki, tavsiyeler ve hastaların sürecin bir parçası olarak güçlendirilmesi gibi beş ana hizmet boyutu tanımlanmıştır (Morrison, Murphy and Nalder, 2003: 10). Yapılan bir başka çalışmada ise Singapur’da 252 kişinin beklenen ve algılanan hizmet kaliteleri ölçülmüştür. Araştırmanın sonucunda hizmet kalitesinin beş boyutu yerine altı boyut olduğunu teyit etmişlerdir. Ölçekteki 22 ifadeden oluşan sorular 25 soruya çıkarılmıştır (Lim and Tang, 2000: 291).

- Somutluk
- Güvenilirlik
- Cevap Verilebilirlik
- Güvenlik
- Empati
- Erişilebilirlik ve Uygunluk (Çalışmaya göre sonradan eklendi.)

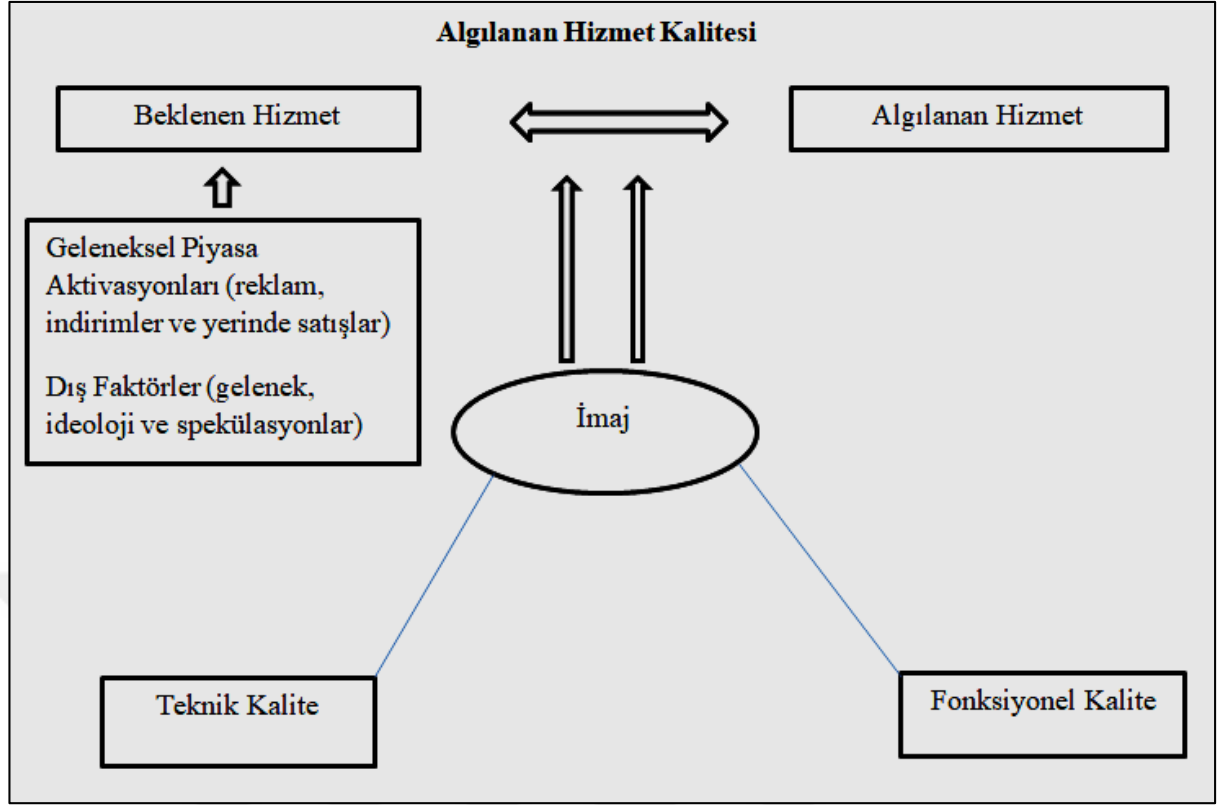
Genel olarak düşünüldüğünde SERVQUAL ölçeği birçok noktada eleştiri odağı olmuştur. Günümüzde artan teknolojik gelişmelerin getirdiği rekabet, hastaneler arası rekabet üstünlüğü sağlama, hizmetin soyut özelliğinden dolayı hizmet kalitesinin ölçmenin zorluğu, kalitenin teknik ve fonksiyonel özelliklere sahip olması, tüketicinin hizmet kalitesine karşı algısı ve SERVQUAL ölçeğinde birçok boyutun bulunması gibi sebeplerden dolayı eleştiri almaktadır. SERVQUAL ölçeği ile yapılan çalışmalarda farklı boyutların ortaya atılması bu sebeplerden dolayıdır. Bu kadar eleştiri konusu olmasına rağmen hizmet kalitesi ölçümünde önemli bir araç olduğu söylenebilir.

2.5. GRÖNROOS'UN HİZMET KALİTESİ MODELİ

SERVQUAL ölçeği, Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından ortaya atıldıktan sonra bilim çevrelerince sürekli bir şekilde geliştirilmeye çalışıldı. Bu ölçeğin temeli on boyut üzerine atılmıştır. Bu boyutlar; somutluk, güvenilirlik, cevap verilebilirlik, iletişim, inanılabilirlik, güvenlik, yetkinlik, nezaket, müşteriye anlama/bilme ve erişim olmak üzere SERVQUAL ölçeğinin ana boyutlarıdır (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1988: 17).

Bu boyutlara ek olarak Şekil 2.2.'de belirtildiği üzere Grönroos tarafından geliştirilen hizmet kalite modeli yer almaktadır. Bu modele göre, hizmet kalitesinin ölçülmesi için imajın da kalitenin bir boyutu olabileceğini ileri sürmüştür. Bir hizmet firması markanın ismi altına gizlenemez. Çoğu durumda müşteri, hizmetin alış-satışında firmayı ve kaynaklarını görebilecektir. Bu yüzden kurumsal imaj çoğu hizmet firması için çok önemlidir. Firmanın verebileceği hizmet kalitesi yani firmanın imajı, müşterinin beklentisini etkileyecektir. Müşteri etkilendikten sonra algılanan hizmet kalitesi meydana gelir. Dolayısıyla kurumsal imaj hem teknik kalite hem de fonksiyonel kalite tarafından etkilenir

İmajı etkileyen diğer biraz daha önemli faktörler de vardır. Bunlar iç faktörler (örneğin gelenek, ideoloji ve spekülasyonlar) ve geleneksel piyasa aktivasyonları (örneğin reklam, indirimler ve halkla ilişkiler) olmak üzere imajı etkileyen faktörlerdir. Bu faktörler firmanın gerçek hizmet kalitesini olduğundan farklı gösterebilir. Böyle bir durumda müşterinin firmaya karşı imajı değişir. Bu yüzden imaj hizmet sunumunda önemli bir faktördür. Hizmet kalitesinin bir boyutu olabilir (Grönroos, 2007: 39-40).



Şekil 2.2. Grönroos'un Hizmet Kalite Modeli

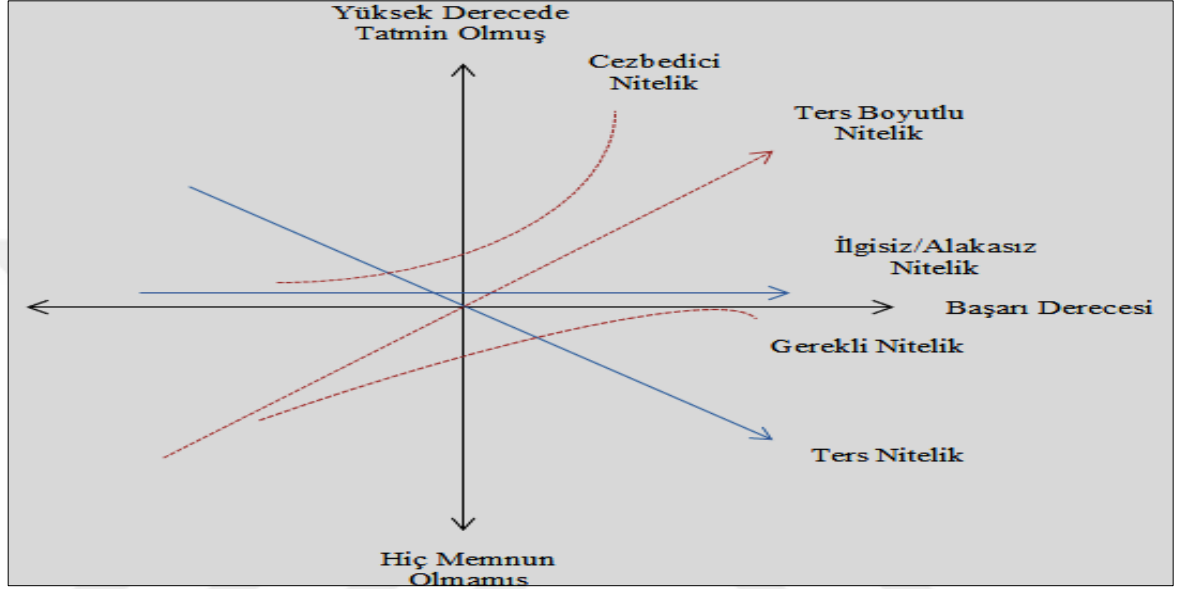
Kaynak: Grönroos, 1984: 40

2.6. KANO MODELİ

Kano Modeli 1984 yılında Kano ve arkadaşları tarafından müşteri gereksinimlerini sınıflandırmak için ileri sürülen bir hizmet kalitesi modelidir. Şekil 2.3.'te de genel çerçevesiyle belirtilen bu modelin temel amacı hizmet kalitesini artırarak müşteri memnuniyetini optimum düzeye çıkarmaktır. Kano, hizmet/ürün niteliğinin müşterinin ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığını belirlemek için hizmet kalitesini beş kategoriye ayırmaktadır (Pheng and Rui: 36-37).

- Cezbedici kalite niteliği: Bu hizmet niteliğinin varlığı müşteriye heyecanlandırır. Fakat bu hizmetlerin yokluğunda ise memnuniyetsizliğe sebep olmaz.
- Gerekli kalite niteliği: Bu tür hizmetlerde kalite niteliği müşteriye memnun eder. Ama çok da müşteriye etkisinde bırakmaz. Bu hizmetlerin yokluğunda ise müşteri memnuniyetsiz kalır.

- Tek boyutlu kalite niteliği: Kalite niteliği kadar artarsa, müşteri memnuniyeti derecesi o kadar artar.
- Kayıtsız/İlgisiz kalite niteliği: Hizmet tam olarak verilmiş olursa dahi, müşteri memnuniyet derecesi aynı kalmaktadır.
- Ters kalite nitelikleri: Tek boyutlu kalite niteliğinin tersi bir hizmet anlayışı vardır. Hizmet kalite niteliğinin olmaması müşteriye memnun etmektedir.



Şekil 2.3. Kano Modeli

Kaynak: Pheng and Rui, 2016: 38

2.7. BOŞLUK MODELİ

Bu model 1985 yılından Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki farklılıkları ifade etmek için ileri sürülmüştür (Duggal, 2015: 2). Boşluk modeline göre hizmet kalitesinin beş ana kaynağı vardır (Pheng and Rui, 2016: 28).

- Boşluk-1: Müşteri ile yönetim beklentileri arasındaki farklılıkları ifade eder.
- Boşluk-2: Yönetimin algıladığı müşteri beklentisi ile hizmet kalitesi arasındaki farklılığı ifade eder.
- Boşluk-3: Hizmet kalite niteliği ile hizmet sunumu arasındaki farklılıklardır.
- Boşluk-4: Hizmet sunumu ile hizmet sunumu sırasında müşterilerle gerçekleştirilen dış iletişim arasındaki farklılıkları ifade eder.

- Boşluk-5: Müşteri beklentisi ile algılanan hizmet niteliği arasındaki farklılıkları ifade eder.

2.8. SASSER, OLSEN VE WYCKOFF'UN HİZMET KALİTESİ MODELİ

Sasser ve arkadaşları 1978 yılında hizmet kalitesinin düzeyini artırmak için birkaç hizmet boyutu ileri sürmüştür. Bunlar güvenlik, tutum, etkisizlik, durum, kullanışlılık ve zamanlama boyutları olmak üzere çeşitli hizmet kalite boyutları ileri sürülmüştür. Bu boyutlar aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (Yarimoglu, 2014: 81)

- Güvenlik boyutu: Tüketici veya sunulan hizmetin emniyeti, güvenli olması demektir.
- Tutarlılık boyutu: Hizmette belirlenen kriterlere uygunluğu ve güvenilirlik özellikleri içermesidir.
- Tutum boyutu: Kişiler arası iletişim, anlaşmalar, imzalar vs.
- Durum boyutu: Hizmetin verildiği ortam, temizlik, rahatlık ve konfor niteliklerine sahiptir.
- Kullanışlılık boyutu: Hizmetin zamanında ve yerinde ulaşması olarak ifade edilir.
- Eksiksizlik/Tamlık boyutu: Verilen hizmetlerin düzenli olması.
- Zamanlama boyutu: Hizmetin hedeflenen zamanda gerçekleştirilmesi demektir.

2.9. KALİTE FONKSİYON YAYILIMI

Bu model Japonlar tarafından 1970 yıllarında ürün kalitesini geliştirmek için ileri sürülmüştür. Daha sonra Batı dünyasında tanınmıştır. Bu sistemde temel amaç bir organizasyonun tüm unsurları müşterinin istek ve ihtiyaçlarına göre dizayn edilmesi gerektiği savunulmaktadır. Yani sistemdeki tüm süreçler müşterinin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir (Pheng and Rui, 2016: 39-40). Daha çok elektrik, ev aygıtları, giyim, inşaat malzemeleri ve ziraat mühendisliği gibi alanlarda kullanılmıştır. Daha sonra otomobil sektöründe kullanılmaya başlandı. Kalite fonksiyon dağılımında (KFD), müşteri ürün gereksinimleri belirlerken şu süreçler takip edilmektedir (Matzler and Hinterhuber, 1998: 34-35).

- Müşterinin ihtiyaçlarını yerinde ve zamanında tanımla,
- Müşterinin ihtiyaçlarını ve önceliklerini hiyerarşik olarak sırala,

- Müşterinin ürünler hakkındaki algılarını kıyasla,
- Buraya kadar olan aşamada yapılan tüm iyileştirmeleri dizayna olan katkılarını tanımla,
- Bu matris yapıdaki ilişkiyi geliştirir. Yani verilen hizmet, kişisel olarak müşterinin ihtiyaçlarını ne güçlkle karşılamaktadır. Buna yönelik ürünler geliştirilir,

Kalite Fonksiyon Yayılımı (KFY), müşteri odaklı bir süreçtir. Faydaları şunlardır (Coşkun ve Akın, 2009: 79).

- Kaliteyi artırmak,
- Müşteri tatmin düzeyini yükseltmek,
- İşletmenin performansını artırmak,
- Gerek tasarım aşamasında gerekse süreçle ilgili problemlerin çözümünü açısından avantaj sağlamak,
- Maliyetleri azaltmak,
- Ürün/hizmet güvenilirliğini artırmak,
- Takım çalışmasını desteklemek,
- Planlama yapmak,
- Müşteri sesi olmak,
- Kalite evinin oluşturulması,
- Sonuçların analizi ve yorumudur.

2.10. HASTANE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ

Hastanelerin performansını geliştirmek için Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Konseyinin 2003 yılında 52 üye ülkenin faydalanması amacıyla başlattığı bir proje olan hastane performans ölçümü Şekil 2.4.'te ana hatlarıyla özetlenmektedir. Bu proje, hastanelerde kaliteyi geliştirmek için Performans Geliştirme Aracı (Performance Assesment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) olarak kısaltılmıştır. Bu projedeki amaç, hastanelerin performansını değerlendirme ve kaliteyi geliştirme hareketine dönüştürmeyi hedeflemektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 411).

Kontrol Kaynağı	Formatif Destekleyici		Cezalandırıcı/Destekleyici	
	İçsel	A Sürekli Kalite Geliştirme (PATH)	C İç Değerlendirme	
	Dışsal	B Akreditasyon	D Dış Değerlendirme	

Şekil 2.4. Kalite Değerlendirme Sisteminin Sınıflandırılması

Kaynak: Veillar et al, 2005: 488

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. PROBLEM CÜMLESİ

Araştırmanın amacı, önemi, kapsamı ve sınırlılıkların geçmeden önce bu araştırmaya neden olan araştırma sorusu belirtilmiştir. “Sağlık hizmetlerinde hastanın hizmeti almadan önceki beklentisi ile hizmeti aldıktan sonraki algısı değişmekte midir ve hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti ve hastane tercihi arasında bir ilişki var mıdır?” Bu araştırmanın sorusunu oluşturmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı; beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesinin ilişkisini araştırmaktır. Bunların tatmin ve tercihe etkisini ölçmek amaçlanmıştır. Bu bağlamda yapılan bu çalışmada araştırmanın alt amaçları şöyledir:

- Hizmet kalitesi boyutlarının SERVQUAL skorlarını belirleyerek, boyutlar bazında algılanan hizmet kalite düzeyini tespit etmek,
- Hizmet kalitesi boyutlarının önem düzeylerini belirlemek,
- Hasta tatmini ile hizmet kalitesinin boyutları arasındaki ilişkinin yönü, kuvveti ve etkisini değerlendirmek,
- Hastaların demografik özelliklerini tespit ederek, hastaların demografik özellikleri ile hastaneyi genel olarak değerlendirmeleri arasında ilişkinin olup olmadığını; hizmetlerle ilgili algılamalar ve hastaneyle ilgili genel değerlendirmeler için farklılık olup olmadığını saptamak.

3.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Günümüz sağlık işletmeleri için önemi giderek artan hasta memnuniyeti ve hastaların kalite algılarına dikkat çekilmesi ve sağlık işletmelerinin bu yöndeki çabalarının incelenmesi açısından önem taşımaktadır. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabet olgusu her geçen gün hızla büyümektedir. Bu nedenle geleneksel hizmet işletmeleri gibi sağlık işletmelerinin de yeni pazarlara açılabilmesi ve bu alanlarda büyüebilmesi için potansiyel gücünü bilmesi gerekmektedir. Özellikle de hastanenin, hasta ile ilgili algılarını anlaması ve ona göre stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

Dolayısıyla bu araştırmanın Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nin hasta beklentilerini tespit edilmesinde bu beklentilere yönelik çözüm önerileri sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmanın bir diğer önemli katkısı hastanenin sunmuş olduğu hizmetler tatmin edici düzeyde olmadığı, özellikle de hizmet kalitesinin güvenilirlik boyutunda daha çok eksiklikler olduğu saptanmıştır. Bu alana yönelik iyileştirmeler yapılması, kurum için faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmanın, literatürde daha önce yapılmış çalışmalarla karşılaştırıldığı ve bundan sonra yapılacak çalışmalara da katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni, Isparta ilinde hizmette olan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde yataklı tedavi biriminden 19.02.2018 ile 21.03.2018 tarihleri arasında hizmet alan hasta sayısı 2.377 kişiden oluşmaktadır. Evren büyüklüğün belli olduğu durumlarda mevcut evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığında 330 yatan hastaya ulaşan örneklem yeterli görülmektedir (Sekaran, 2001: 295). Bu çalışmada toplam bir aylık yatan hasta sayısı 2377 (hastane verilerinden) tespit edilip, 370 kişiye anket uygulanmıştır. Ayrıca araştırmanın örnekleme yönteminden, kolayda örneklem yöntemi uygulanmış olup, örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülle hesaplanmıştır (Daşdemir, 2016: 77-78; Bal, 2001: 113-116).

N: Evren

n: Örneklem büyüklüğü

p: Evren içinde ilgilendiğimiz olayın görülme sıklığı (0,50 alınmıştır.)

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

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

D: Kabul edilebilir örnekleme hata oranı (0,05) alınmıştır.

$$n \geq \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N \times D^2) + (Z^2 \times p \times q)}$$

$$n \geq \frac{2377 \times 0,5 \times 0,5 \times 1.96^2}{((2377 \times (0,05)^2) + (0,5 \times 0,5 \times 1.96^2))}$$

$$n \geq 330$$

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Her araştırmanın kısıtlarının bulunması hem araştırma etiği hem de doğru sonuçlara ulaşma bakımından önemlidir. Bu çalışmada, herhangi bir kişi veya kuruluştan yardım alınmaması, sağlık sektörünün büyüklüğü, anket uygulamaları ve analizlerinin zaman alması, yüksek maliyetler gibi nedenlerle uygulama alanı Isparta ilinde bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Hastanesi ile sınırlı tutulmuştur. Ayrıca anketler uygulanmaya başlandıktan sonra soru sayısının fazla olması, cevaplanmasının uzun sürmesi, yatan hastalara anket uygulanmasının güç olması, yatan hastaların araştırmanın önemini kavrayamamaları ve okur-yazar oranlarının düşük olması nedeniyle çeşitli güçlükler yaşanmıştır. Bu yüzden araştırma bir aylık süreyle sınırlı tutulup, 19.02.2018 ile 21.03.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla Türkiye’deki diğer hastanelere genellenememektedir.

3.6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın bu bölümünde veri toplama aracı, evren-örneklem, araştırma izni ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler açıklanmıştır.

3.6.1. Araştırma Ölçeği

Bu çalışmada kullanılan sorular, Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988: 23) tarafından hizmet kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturdukları SERVQUAL ölçeği esas alınarak hazırlanmıştır. Ölçeğin Parasuraman ve arkadaşları (1988: 21) tarafından 5 boyuta ayrıldığı ve geçerlik ile güvenirliği test edildiği için bu çalışmada ayrıca AFA yapılmamıştır. Bu boyutlar somutluk, güvenirlik, cevap verilebilirlik, güvenlik ve empati olarak sıralanır (Lim and Tang, 2000: 291). Ölçek, demografik sorular hariç, 56 sorudan oluşmaktadır. Bunlardan 7’si marka değeri, 22’si beklenen hizmet kalitesi, 22’si algılanan hizmet kalitesine ve 5’i hasta tatmini ve tercihiyle ilgili sorulardan oluşmaktadır. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla 1 ile 7 arasında kendilerine en uygun seçeneğe katılım gösteren ifadelerden oluşmaktadır. Parasuraman ve arkadaşları tarafından bu ölçek oluşturulduktan sonra birçok kişi tarafından farklı sektörlerde kullanılmışlardır. Oğuz’un 2011’deki çalışmasında kullandığı ölçekteki sorular ile Demirel ve Bülbül’ün 2014 yılında yaptıkları hasta tatmini ve tercih niyetiyle ilgili çalışmadan beş soru alınarak oluşturulan bir ölçek ile çalışma yürütülmüştür (Oğuz, 2011: 245-248; Bülbül, 2014: 119). Bu çalışmada, SERVQUAL

modelinin uygulanmasının yanı sıra hasta tatmini ve hasta tercih niyeti ile ilgili sorular olmak üzere toplam dört bölümden oluşmaktadır.

3.6.2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Öncelikle ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizinde Cronbach Alpha katsayısı değerinden yararlanılmıştır. Algı, beklenti, tatmin ve tercih niyetiyle ilgili sorular güvenirliği açısından test edilmiştir. Daha sonra veriler arasında normal dağılımın olup olmadığını test etmek için Normallik testi uygulanmıştır. Ayrıca tanımlayıcı istatistiksel metotlar için ortalama, standart sapma, frekans, yüzde değerleri ve katılımcıların demografik özelliklere göre farklılığını ortaya koymak için bağımsız t testi ve ANOVA (tek yönlü varyans anazi) testi yapılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğu ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi uygulanıp, hasta tatmini ile algılanan hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişki için korelasyon analizi, algılanan hizmet kalitesinin hasta tatmini üzerindeki etkisi için ise regresyon analizi uygulanmıştır. Ayrıca beklenen kalite ile algılanan arasındaki boşluğu ölçmek amacıyla SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. Bu skorlar aşağıdaki şekilde hesaplanmaktadır.

Boyutlar bazında SERVQUAL skorları hesaplanması; Her hasta için algı ve beklenti soru maddelerinin farkları alınarak toplanır ve bu fark toplamları, kalite boyutunu oluşturan soru madde sayısına bölünür. Böylelikle her bir hasta için her boyutun kalite skoru bulunur. Daha sonra her bir hasta için hesaplanan SERVQUAL skorları toplanarak katılımcı (n) sayısına bölünür ve her bir hizmet boyutunun toplam SERVQUAL skoru bulunmuş olunur. Bu boyutları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Deniz, 2016: 61).

SQ1 = Somutluk özellikler boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ2 = Güvenilirlik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ3 = Cevap verilebilirlik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ4= Güvence boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ5 = Empati boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

$SQ1 = [(P1-E1) + (P2-E2) + (P3-E3) + (P4-E4)] / 4$

$SQ2 = [(P5-E5) + (P6-E6) + (P7-E7) + (P8-E8) + (P9-E9)] / 5$

$SQ3 = [(P10-E10) + (P11-E11) + (P12-E12) + (P13-E13)] / 4$

$$SQ4 = [(P14-E14) + (P15-E15) + (P16-E16) + (P17-E17)] / 4$$

$$SQ5 = [(P18-E18) + (P19-E19) + (P20-E20) + (P21-E21) + (P22-E22)] / 5$$

Eşit ağırlıklı SERVQUAL skorların hesaplanması; boyutlar bazında elde edilen skorlar (SQ₁, SQ₂, SQ₃, SQ₄, SQ₅) toplanıp toplam boyut sayısına (5'e) bölünmesiyle bulunur (Devebakan, 2016: 514).

$$SQE = [(SQ1) + (SQ2) + (SQ3) + (SQ4) + (SQ5)] / 5$$

Araştırmada veri setlerinin güvenilirliği Cronbach Alfa istatistiği ile değerlendirilmiştir. Alfa değeri, herhangi ana kütleden seçilerek değişik örnekler (aynı şeyi ölçen) arasındaki ilişkiyi ifade etmek için kullanılır (Albayrak, 2006: 179). Başka bir ifade ile Cronbach alfa değerinin, ölçmeyi hedeflediği özelliğin ne kadar doğru ölçtüğünü boyutların güvenilirliğini belirlemek amacıyla içsel tutarlılığı sınamada kullanılan bir yöntemdir (Oyar vd., 2001: 25). Bir özelliğin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılık olarak da vurgulanmaktadır. Alpha katsayısının nasıl değerlendirileceği aşağıda belirtilmiştir (Alpar, 2010: 324).

0,80-1,00 arasında	Mükemmel
0,70-0,79 arasında	Yüksek
0,50-0,69 arasında	Orta
0,00-0,49 arasında	Kabul edilemez.

Ölçekler arasındaki ilişkiler aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Karagöz, 2016: 727)

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

3.6.3. Araştırma İzni

Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi'nde uygulanmıştır. Araştırmanın yapılması için gerekli olan izinler EK: 2'de sunulmuştur.

3.6.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Bilindiği üzere herhangi çok değişkenli istatistiksel analizlere geçmeden önce kullanılacak değişkenlerin öncelikle geçerlilik daha sonra güvenilirlik açısından değerlendirilmesi gerekli görülmektedir (Albayrak, 2006: 179).

3.6.4.1. Geçerlilik Analizleri

Analizde kullanılacak değişkenlerin incelenen konuyla ve onu ölçmeye yönelik olması verilerin geçerliliğinin denetiminin tamamen araştırmacı tarafından yapılmaktadır. (Albayrak, 2006: 179). Bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyorsa bu testin geçerli olduğu söylenir. Bir testin nasıl değerlendirileceği sorusundan önce bilinmesi gereken nokta, bir değişkende birden çok geçerlik çeşidinin ve yönteminin bulunmasıdır (Alpar, 2010: 316).

3.6.4.2. Güvenilirlik Analizi

Bir ölçeğin geçerli olması için öncelikle güvenilir olması gerekir. Güven aralığı aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Özdamar, 1999: 522);

0,00 - 0,40: Güvenilir değil,

0,40 – 0,60: Düşük güvenilir,

0,60 – 0,80: Oldukça güvenilir,

0,80 – 1,00: Yüksek derecede güvenilirdir.

3.6.5. Normal Dağılım Testi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin normal dağılıp, dağılmadığını test etmek için normallik testi uygulanmıştır. Yapılan normallik testi sonucunda anketteki Tüm sorular standartlara uygun dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır. Normallik analizinde Skewnes ve Kurtosis değerleri çok önemlidir. Bu değerler sıfıra eşit olması veriler simetri dağıldığını, sıfırdan büyük olması sağa doğru çarpıklık olduğunu, sıfırdan küçük olması ise verilerin sola doğru çarpık olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2016: 93-94). Değer aralığı, bazı araştırmacılara göre -1,5 ile +1,5 aralığında (Tabachnick and Fidell, 2007), bazılarına göre ise -2 ile +2 aralığında dağılım gösterdiği savunulmuştur (Norusis, 2002: 213).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan kişilerin demografik bulguları, güvenirlik/geçerlilik analizleri, normallik testleri, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki boşlukları tespit etmek amacıyla SERVQUAL skorları, algılanan hizmet kalitesinin, tatmin düzeyleri üzerindeki etkisi ve hizmet kalitesi ile tatmin düzeyi arasındaki ilişki yönü için regresyon ve korelasyon analizleri yapılmıştır.

4.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde anket sonucunda elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programıyla frekans analizine sokulup ve araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet, medeni durum, meslek, yaş, yer, gelir, eğitim durumları hakkında aşağıdaki Tablo 4.1.'de bilgiler verilmektedir.

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların demografik özellikleri verilmiştir. Cinsiyet dağılımına göre araştırmaya katılan ve geçerli yanıt veren 369 kişiden 207 (%55,9)'u kadın ve 162 (%44,1)'i erkek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın sonucunda katılımcıların büyük çoğunluğu kadın olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların medeni duruma göre dağılımları göz önüne alındığında, buna göre araştırmaya katılan ve geçerli yanıt veren 369 kişiden 267 (%72,8) evli, 162 (%27,2) bekârdır. Bu çalışmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun evli olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların meslek durumlarına göre dağılımı aşağıda Tablo 4.1.'de verilmiştir. Buna göre geçerli sayılan 369 kişiden 26'sı (%7) işçi, 27'si (%7,3) esnaf, 69'u (%18,7) memur, 27'si (%7,3) eğitimci, 27'si (%7,3) eğitimci, 47'si (%12,7) emekli, 91'i (%24,7) ev hanımı, 19'u (%5,1) teknik eleman, 14'ü (%3,8) çiftçi, 15'i (%4,1) doktor ve 34'ü (%9,2) öğrenci olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak katılımcıların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Demografik Dağılımı

Cinsiyet	N	%
Kadın	207	55,9
Erkek	162	44,1
Medeni	N	%
Evli	267	72, 2
Bekâr	102	27,8
Meslek	N	%
İşçi	26	7
Esnaf	27	7,3
Memur	69	18,7
Eğitimci	27	7,3
Emekli	47	12,7
Ev Hanımı	91	24,7
Teknik Eleman	19	5,1
Çiftçi	14	3,8
Doktor	15	4,1
Öğrenci	34	9,2
Yaş	N	%
25 Yaş ve Altı	67	18,1
26-35	73	19,7
36-45	69	18,6
46 ve Üzeri	158	42,7
Yer	N	%
Isparta	262	70,8
Afyon	28	7,6
Burdur	39	10,5
Diğer İller	41	11,1
Gelir	N	%
0-750	34	9,2
750-1500	63	17
1501-2250	127	34,3
2251-3000	65	17,6
3000 ve Üstü	81	21,9
Eğitim	N	%
İlköğretim	139	37,6
Lise	63	16,8
Ön Lisans	40	10,8
Lisans	99	26,8
Lisansüstü	31	8,4
Toplam	370	100

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş durumuna göre dağılımı yukarıdaki tabloda verilmiştir. Bu araştırmaya katılan ve geçerli yanıt veren kişi sayısı 369 kişiden 67'si (%18,1) 25 yaş ve altında, 73'ü (%19,7) 26-35 yaş, 69'u (%18,6) 36-45 yaş ve 158'i (%42,7) 46 yaş ve üzeri aralığında dağılım göstermektedir. Sonuç olarak anket çalışmasına katılanların büyük çoğunluğunun 46 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların yer durumuna göre dağılımı yukarıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan geçerli yanıt veren 369 kişiden 262 (%70,8) kişi Isparta, 28 (%7,6) kişi Afyon, 39 (%10,5) kişi Burdur ve 41 (%11,1) kişi diğer illerden araştırmaya katılmıştır. Bu sonuçla anket çalışmalarına katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun Isparta ilinden olduğu tespit edilmiştir. Bu da hastanenin tercih edilmesinde yakın olması önemli olduğu vurgulanabilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı yukarıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan ve geçerli yanıt veren 369 kişiden 139'u (%37,6) ilköğretim, 61'i (%16,5) lise, 40'ı (%10,8) ön lisans, 99'u (%26,8) lisans, 31'i (%8,4) lisansüstü dağılımı göstermektedir. Bu sonuçla anket çalışmasına katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti, algı ve tatmin-tercih değişkenleri üzerinde %95 güven düzeyinde SPSS 22.0 istatistiksel analiz programı kullanılarak ölçeğin tamamına güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Tablo 4.2.'de görüldüğü üzere beklenti, algı ve tatmin-tercih niyetiyle ilgili değişkenlerin Cronbach Alfa değerleri ile hesaplanması uygun görülmüştür. Birinci bölümde yer alan beklenti değerinin alfa kat sayısı 0,703, İkinci bölümde yer alan algı değişkenlerinin kat sayısı 0,792, tatmin değerleri ile ilgili soruların alfa kat sayısı 0,815 genel olarak beklenti, algı ve tatmin niyetiyle ilgili soruların alfa değerleri 0,816 ve tercih niyetiyle ilgili soruların Alfa Cronbach değerleri 0,905 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Beklenti, Algı, Tatmin ve Tercih Değişkenlerini Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	Cronbach Alpha	Toplam İfade
Beklenti Değişkenleri	0,703	22
Algı Değişkenleri	0,792	22
Tatmin Değerleri	0,815	3
Tercih Niyeti	0,905	2
Genel Hizmet Kalitesi	0,816	49

4.2. BEKLENEN HİZMET KALİTESİ NORMALLİK TESTİ

Araştırmamızda beklenen hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan anketin 22 soruluk beklenen hizmet kalitesi ölçeğine normallik testi yapılmıştır. Yapılan normallik testinden çıkan sonuçlar aşağıdaki Tablo 4.3.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Beklenen Hizmet Kalitesi Normallik Testi

	ÇARPIKLİK DEĞERİ		BASIKLIK DEĞERİ	
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
1.	-,857	,127	-,731	,253
2.	-,720	,127	-,525	,253
3.	-1,033	,127	-,007	,253
4.	-,903	,127	,185	,253
5.	-,844	,127	-,519	,253
6.	-,930	,127	-,035	,253
7.	-,1,171	,127	,216	,253
8.	-1,056	,127	0,216	,253
9.	-,1,142	,127	,516	,253
10.	-0,064	,127	-1,369	,253
11.	-,102	,127	-1,189	,253
12.	,324	,127	-1,196	,253
13.	-,473	,127	-1,105	,253
14.	-1,242	,127	,405	,253
15.	-1,275	,127	,694	,253
16.	-1,304	,127	,502	,253
17.	-,834	,127	-,604	,253
18.	-1,385	,127	-1,385	,253
19.	-,221	,127	-1,299	,253
20.	,379	,127	-1,215	,253
21.	,043	,127	-1,215	,253
22.	-,003	,127	-1,429	,253

Tablo 4.3'te anlaşılabacağı üzere beklenen hizmet kalitesine ait soruların normallik testi sonuçlarına bakılarak verilerin standartlar aralığında dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu yüzden analizin bu bölümünde herhangi bir soru çıkarmaya gerek yoktur (-2 / +2 veya -1,5 / +1,5). Ayrıca beklenen hizmet kalitesi sorularının bağımsız t testi, tek yönlü varyans ve faktör analizi için uygun olduğu anlaşılmıştır.

4.3. ALGILANAN (PERFORMANS) HİZMET KALİTESİ NORMALLİK TESTİ

Hasta ve yakınlarının almış olduğu hizmeti ölçmek için kullanılan SERVQUAL ölçeğinin 2. bölümünde yer alan soruların normallik testi yapılmıştır. Yapılan normallik dağılım testinden çıkan sonuçlar aşağıda Tablo 4.4.'te verilmiştir. Algılanan hizmet kalitesi normallik testi sonuçlarına bakılarak anket sorularındaki tüm verilerin standart

aralığa uygun olduğu görülmüştür. Analizin bu bölümünde herhangi bir soru çıkarmaya gerek kalmadığı (-2 / +2 veya -1,5 ile +1,5) anlaşılmıştır.

Tablo 4.4. Algılanan (Performans) Hizmet Kalitesi Normallik Testi

	ÇARPIKLİK DEĞERİ		BASIKLIK DEĞERİ	
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
1.	-,828	,127	-,156	,253
2.	-,541	,127	-,611	,253
3.	-,968	,127	,215	,253
4.	-,502	,127	-,609	,253
5.	-,608	,127	-,923	,253
6.	-,352	,127	-,727	,253
7.	-1,108	,127	,387	,253
8.	-,682	,127	-,539	,253
9.	-,981	,127	,241	,253
10.	,048	,127	-1,166	,253
11.	,062	,127	-1,101	,253
12.	,127	,127	-1,072	,253
13.	-,715	,127	-,464	,253
14.	-1,196	,127	1,002	,253
15.	,853	,127	,443	,253
16.	1,271	,127	1,202	,253
17.	-,574	,127	-,806	,253
18.	-,027	,127	-1,377	,253
19.	-,145	,127	-1,330	,253
20.	,406	,127	,936	,253
21.	,032	,127	-1,173	,253
22.	,061	,127	-,771	,253

4.4. HİZMET TATMİNİ NORMALLİK TESTİ

Araştırmada hizmet tatminini ölçmek için kullanılan tatmin sorularının normallik testi yapılmıştır. Yapılan normallik testinden çıkan sonuçlar aşağıdaki Tablo 4.5'te gösterilmektedir. Hizmet tatmini normallik testi sonuçlarına bakılarak bu bölümdeki veriler standart aralığında dağılım göstermektedir. Analizin bu bölümünde herhangi bir soru çıkarmaya gerek kalmadığı (-2 / +2 veya -1,5 / +1,5) anlaşılmıştır.

Tablo 4.5. Hizmet Tatmini Normallik Testi

	ÇARPIKLİK DEĞERİ		BASIKLIK DEĞERİ	
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
1.	-1,049	,127	,452	,253
2.	-,740	,127	-,211	,253
3.	,434	,127	-,847	,253

4.5. HİZMET TERCİHİ NORMALLİK TESTİ

Araştırmada hizmet tercihinin ölçmek için kullanılan tercih sorularının normallik testi yapılmıştır. Yapılan normallik testinden çıkan sonuçlar aşağıdaki Tablo 4.6.'da

gösterilmiştir. Hizmet tercihi normallik test sonuçlarına göre bu bölümdeki veriler standart aralığında dağılım göstermektedir. Analizin bu bölümünde herhangi bir soru çıkarmaya gerek kalmadığı (-2 / +2 veya -1,5 / +1,5) anlaşılmıştır.

Tablo 4.6. Hizmet Tercihi Normallik Testi

	ÇARPIKLIK DEĞERİ		BASIKLIK DEĞERİ	
1.	-,941	,127	-,025	,253
2.	-,796	,127	-,666	,253

4.6. HİZMET KALİTESİ ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde anket sonuçlarının değerlendirmesiyle hizmet kalitesinin cinsiyet, meslek, medeni durum, yaş, yer, gelir, eğitim, ailedeki kişi sayısının sunulan hizmet ve hasta beklentisini etkileyip etkilemediğini bulmak amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Bunun için daha önce normallik testi yapılmış ve normal olan veriler bağımsız t testi ve tek yönlü varyans analizi ile analiz yapılmıştır.

Cinsiyet ve medeni durumla ilgili sorular iki değişkenden oluştuğu için t testi ile analiz edilirken, yaş, yer, gelir, eğitim, ailedeki kişi sayısı ile ilgili sorular 2 den fazla değişkenden oluştuğu için tek yönlü varyans analizi ile analizi uygulanıp, SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. Ayrıca bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ve etkisi için korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

4.6.1. Katılımcıların Cinsiyetlerinin Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Katılımcıların cinsiyetlerinin hizmet kalite boyutuna etkisinin incelenmesi için t testi analizi uygulanmış olup, elde edilen bulgular aşağıdaki Tablo 4.7.'de verilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen verilere göre hizmet kalitesi boyutları ile ilgili değerlendirmeler cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların Cinsiyetlerinin Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Cinsiyet	N	Ort	S.S.	t	p
Kadın	207	4,77	0,49	0,40	0,68
Erkek	162	4,75	0,50		

4.6.2. Katılımcıların Medeni Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özellikleri

Katılımcıların medeni durumlarının hizmet kalite boyutuna etkisinin incelenmesi için t testi uygulanmış olup, elde edilen veriler aşağıdaki Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Medeni Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Medeni Durum	N	Ort	S.S.	t	p
Evli	267	4,77	0,50	0,15	0,87
Bekâr	102	4,76	0,49		

Analiz sonucunda elde edilen verilere göre hizmet kalitesi boyutları ile ilgili değerlendirmeler medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($t=0,15$, $p>0,05$).

4.6.3. Katılımcıların Meslek Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Katılımcıların meslek durumlarının hizmet kalitesine etkisini incelenmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmış olup elde edilen sonuçlar aşağıdaki Tablo 4.9.'da verilmektedir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Meslek Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Meslek	N	Ort.	S.S.	F	p
İşçi	26	4,86	0,38	0,99	0,44
Esnaf	27	4,82	0,64		
Memur	69	4,67	0,44		
Eğitimci	27	4,78	0,60		
Emekli	47	4,85	0,45		
Ev Hanımı	91	4,81	0,49		
Teknik Eleman	19	4,59	0,52		
Çiftçi	14	4,66	0,61		
Doktor	15	4,74	0,50		
Öğrenci	34	4,72	0,48		

Yapılan analiz sonucunda yukarıdaki elde edilen verilere göre hizmet kalitesi boyutları ile ilgili değerlendirmelerde katılımcıların meslek duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($F=0,99$, $p>0,05$).

4.6.4. Katılımcıların Yaş Faktörünün Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Katılımcıların meslek durumlarının hizmet kalite boyutuna etkisini incelenmesi amacıyla yapılan analiz sonucunda, katılımcıların hizmet kalitesi boyutları ile ilgili değerlendirmelerinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=0,49$, $p>0,05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların Yaş Faktörünün Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Yaş	N	Ort	S.S.	F	p
25 Yaş ve üstü	67	4,76	0,51	0,49	0,74
26-35	73	4,76	0,51		
36-45	69	4,74	0,44		
46 ve üzeri	158	4,78	0,51		

4.6.5. Katılımcıların Yer Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Katılımcıların yer durumunun hizmet kalite boyutuna etkisini araştırma amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmış olup elde edilen veriler aşağıdaki Tablo 4.11.'de verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda elde edilen verilere göre hizmet kalite boyutunda katılımcıların yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir (F=0,80, p>0,05).

Tablo 4.11. Katılımcıların Yer Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Yer	N	Ort	S.S.	F	p
Isparta	262	4,76	0,48	0,80	0,49
Afyon	28	4,74	0,47		
Burdur	39	4,71	0,60		
Diğer İller	41	4,87	0,50		

4.6.6. Katılımcıların Eğitim Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Katılımcıların eğitim durumunun hizmet kalite boyutuna etkisini bulmak amacıyla analiz edilmiştir (Tablo 4.12.). Yapılan analiz sonucunda elde edilen verilere göre hizmet kalite boyutunda katılımcıların eğitim durumunun istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası anlamlı farklılığın hangisinde olduğunu belirlemek için ise Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testine göre ilköğretim mezunları ile lisans mezunları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Eğitim Durumunun Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Eğitim Durumu	N	Ort	S.S.	F	p	Tukey HSD
1. İlköğretim	139	4,85	0,45	2,45	0,04	1-4 P=0,010
2. Lise	61	4,79	0,59			
3. Ön Lisans	40	4,73	0,49			
4. Lisans	99	4,68	0,46			
5. Lisansüstü	31	4,62	0,50			

4.6.7. Katılımcıların Hanedeki Kişi Sayısının Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Katılımcıların hanedeki kişi sayısının hizmet kalite boyutuna etkisini bulmak amacıyla tek yönlü varyans testi uygulanmış olup elde edilen veriler aşağıdaki Tablo 4.13'te verilmiştir. Yapılan analiz sonucu elde edilen verilere göre hizmet kalite boyutunda katılımcıların hanedeki kişi sayısının istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t=2,18$, $p>0,05$).

Tablo 4.13. Katılımcıların Hanedeki Kişi Sayısının Hizmet Kalitesine Göre Özelliği

Hanedeki Kişi Sayısı	N	Ort.	S.S.	t	p
Yalnız Yaşıyorum	28	4,64	0,48	2,18	0,11
1-3 Kişi	178	4,73	0,48		
4 ve Üzeri	164	4,82	0,51		

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik profillerinin yanı sıra bu kişilerin hastanelere yönelik olarak davranışsal tutum göstergelerinin de belirtilmesinde yarar vardır. Bu kapsamda Tablo 4.14.'te sağlık hizmeti tüketicilerin Türkiye'de ve bulunduğu ilde akıllarına ilk gelen hastane hangisi olduğu belirtilmiştir.

Tablo 4.14. Türkiye'de ve Isparta'da Akla İlk Gelen Hastane Örneği

Türkiye'de Akla İlk Gelen Hastane			Bulunduğunuz İlde Akla Gelen İlk Hastane		
	n	%		N	%
S.D.Ü. Tıp	99	26,8	S.D.Ü. Tıp	180	48,6
Hacettepe Tıp	55	14,9	Isparta Şehir Hst.	74	20,0
Akdeniz Tıp	39	10,5	Isparta Medden Hst.	23	6,2
Acıbadem Hst.	33	8,9	Burdur Devlet Hst.	22	5,9
Cerrah Paşa Tıp	28	7,6	Dinar Devlet Hst.	18	4,9
Isparta Şehir Hst.	25	6,8	Akdeniz Tıp	15	4,1
GATA	24	6,5	Selçuk Tıp	8	2,2
Ege Tıp	17	4,6	Aydın Devlet Hst.	6	1,6
Medikal Park Hst.	14	3,8	Medline Hst.	5	1,4
Çapa Tıp	11	1,4	Pamukkale Devlet Hst.	5	1,9
Isparta Medden Hst.	5	1,4	Eğirdir Kemik Hst.	5	1,4
Memorial Hst	3	0,8	Özel Isparta Hst.	4	1,1
Gazi Tıp	2	0,5	Isparta Davraz Hst.	3	0,8
Eğirdir Kemik Hst.	2	0,5	-	-	-
Pamukkale Tıp	1	0,3	-	-	-
Toplam	370	100	Toplam	370	100

Tablo 4.14.'te de görüldüğü üzere katılımcılar tarafından ilk akla gelen hastane olan SDÜ Araştırma ve Uygulama hastanesi Türkiye'de ve bulunulan ilde akla gelen ve en çok tercih edilen hastane olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de ikinci sırada yer alan

“Hacettepe Tıp”, bulunulan ilde hiç kimse tarafından tercih edilmemiştir. Türkiye’de altıncı sırada yer alan “İsparta Şehir Hastanesi” bulunulan ilde ikinci sırada akla gelen hastanedir. Ayrıca Türkiye’de akla gelen ilk gelen on birinci sırada yer alan “İsparta Meddem Hastanesi”, bulunulan ilde üçüncü sırada tercih edilmektedir.

Tablo 4.15.’te anlaşılaçağı üzere, Türkiye’de akla ilk gelen hastane olma nedeni, analiz sonuçlarına göre, “tatmin edici hizmet” %18,9 iken, bu oran bulunduğunuz ilde akla gelen ilk hastane olma sorusunda ise %15,9 oranına düşmektedir.

Bulunduğı ilde akla gelen hastane olma nedeni arasında birinci sırada bulunan “memnuniyet” (%22,2), Türkiye’de akla gelen hastane sebebi içerisinde dördüncü sırada yer almaktadır.

Aklınıza ilk gelen hastaneden hizmet aldınız mı, sorusu ile ilgili verilere göre, katılımcıların %88,4’si “evet” %11,6’sı ise “hayır” yanıtını vermiştir.

Aklınıza gelen hastaneden hizmet alma sayısı sorusuna, en az % 8,1 oranla “4 defa”, % 42,4 oranla “5 ve üzeri” defa hastaneyi tercih ettiğı yanıtı verilmiştir.

Son gittiğiniz hastanede kalış süresi sorusuna katılımcıların % 6,8’si “4 gün” kaldığını, % 50,5’i “5 ve üzeri” gün hastanede kaldığı söylemiştir.

Tercih ettiğiniz hastaneye en son hangi amaçla gittiniz, sorusuna ise katılımcıların % 0,3’ü “İş ve “personel ziyareti” için en az katılım sağlarken, % 72,7’si “tedavi” için hastanede bulundukları belirtilmiştir.

Tercih ettiğiniz hastaneden hangi birimden hizmet aldınız, sorusuna katılımcıların en çok “Dâhiliye” servisine (%13,5) başvurdıklarını, en az ise “Enfeksiyon” ve “Psikiyatri” (%0,5) servisine başvurdıkları ifade edilmektedir.

Tablo 4.15. Tercih Edilen Hastaneye Yönelik Davranış Tutum Örneği

	Nedenler	N	%
Türkiye’de akla ilk gelen hastane olma nedeni (n=370)	Tatmin edici hizmet	70	18,9
	Diğer	54	14,6
	Yakın olması	50	13,5
	Memnuniyet	46	12,4
	Tanıtım ve reklam	45	12,2
	Güven	41	11,1
	Tavsiye	25	6,8
	Modern ve teknik kalite	25	6,8
	Askeri hastane olması	14	3,8
Bulunduğunuz ilde hastane tercihinde etkili olan neden (n=370)	Memnuniyet	82	22,2
	Tatmin edici hizmet	59	15,9
	Güven	52	14,1
	Diğer	48	13
	Modern ve teknik kalite	45	12,2
	Yakın	45	12,2
	Tavsiye	22	5,9
	Tanıtım ve reklam	11	3
	Askeri hastane olması	6	1,6
Aklınıza gelen hastaneden hizmet aldınız mı? (n=370)	Evet	327	88,4
	Hayır	43	11,6
Aklınıza gelen hastaneden hizmet alma sayısı (n=370)	1 defa	58	15,7
	2 Defa	71	19,2
	3 Defa	54	14,6
	4 Defa	30	8,1
	5 ve üzeri	157	42,4
Son gittiniz hastanede kalış süresi (n=370)	1 Gün	64	17
	2 Gün	49	13,2
	3 Gün	42	11,4
	4 Gün	25	6,8
	5 ve üzeri	187	50,5
Tercih ettiğiniz hastanede en son hangi amaçla gittiniz? (n=368)	Tedavi	269	72,7
	Refakatçi	92	24,9
	Hasta ziyareti	5	1,4
	Diğer	2	0,6
Şuan hizmet aldığınız birim (n=370)	Dermatoloji Servisi	20	5,4
	KBB	21	5,7
	Dâhiliye	50	13,5
	Ortopedi	39	10,5
	Kardiyoloji	43	11,6
	Genel Cerrahi	34	9,2
	Göğüs Hastalıkları	19	5,1
	Endokrin	14	3,8
	Romanoloji	11	3
	Nöroloji	16	4,3
	Göz	14	3,8
	Nefroloji	5	1,4
	Üroloji	13	3,5
	Kadın doğum	28	7,6
	Onkoloji	14	3,8
	Plastik Cerrahi	12	3,2
	Enfeksiyon, Peditari	5	0,5
	Beyin Cerrahi	12	3,2
	Toplam	370	100

4.7. KATILIMCILARIN BEKLENTİ, ALGI, TATMİN VE TERCİH İLE İLGİLİ PUAN ORTALAMALARI

Katılımcıların hizmet aldıkları hastaneden beklentileri ile ilgili soruların puan ortalaması aşağıda Tablo 4.16.'da verilmiştir. Sağlık hizmetine yönelik en yüksek beklenti düzeyi “somutluk” boyutunda yer alan “Hastanedeki teçhizatlar modern olmalıdır.” ifadesini içeren birinci ifadede beklenti düzeyinin en yüksek olduğu, 20. ifade yer alan ise “hastane çalışanlarının hastanın ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmelerini beklemek gerçekçi değildir.” en düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların Beklenti İle İlgili Puan Ortalamaları

Boyutlar	Soru	İfade	Ort.	S.S.
Somutluk	1	Hastanenin teçhizatı modern olmalıdır.	6,2	1,05
	2	Hastanelerin binaları görsel olarak çekici olmalıdır.	5,88	1,13
	3	Hastanenin çalışanları iyi giyimli ve düzgün görünümlü olmalıdır.	5,98	1,22
	4	Hastane tesislerinin görünümü sunduğu hizmetin tipi ile uyumlu olmalıdır.	5,88	1,27
Güvenirlilik	5	Hastaneler teşhis ve tedavi hizmetlerini verdikleri randevu saatlerinde gerçekleştirmektedir.	6,05	1,2
	6	Hastanın bir problemi olduğu zaman, hastaneler bu problemin çözümünde sempatik ve güven verici olmalıdır.	5,95	1,21
	7	Hastaneler güvenilir olmalıdır.	6,17	1,17
	8	Hastaneler hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirmektedir.	6,11	1,11
	9	Hastaneler kayıtlarını doğru şekilde tutmalıdır.	6,19	1,13
Cevap Verilebilirlik	10	Hastanelerden müşterilerine Hizmetin ne zaman yapılacağını tam olarak söylemeleri beklenmemelidir.	4,21	2,16
	11	Hastalar, hastane çalışanlarından hızlı hizmet sunmayı beklemesi gerçekçi değildir.	4,16	2,01
	12	Hastane çalışanları hastalara yardım konusunda her zaman istekli olmak zorunda değildir.	3,56	2,08
	13	Hastane çalışanları çok yoğun olsalar bile, hastaların isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermeleri uygundur.	4,62	2,09
Güvence	14	Hastalar, hastane çalışanlarına güvenmelidir.	5,97	1,35
	15	Hastalar hastaneden aldıkları hizmetlere ilişkin işlemlerde çalışanlara güven hissetmemelidir.	5,94	1,2
	16	Hastane çalışanları kibar olmalıdır.	6,05	1,35
	17	Hastane çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için kurumları tarafından yeterince desteklenmelidir.	5,2	2
Empati	18	Hastanenin müşterilerine özel ilgi göstermeleri beklenmemelidir.	3,98	2,1
	19	Hastane çalışanlarının hastalara kişisel ilgi göstermeleri beklenemez. (-)	4,32	2,11
	20	Hastane çalışanlarının hastanın ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmelerini beklemek gerçekçi değildir.	3,39	1,91
	21	Hastanenin, hasta çıkarlarını ön planda tutması beklemek gerçekçi değildir.	3,99	2,04
	22	Hastanenin çalışma saatlerinin tüm hastalarına uygun olması beklenmemelidir.	3,98	2,2

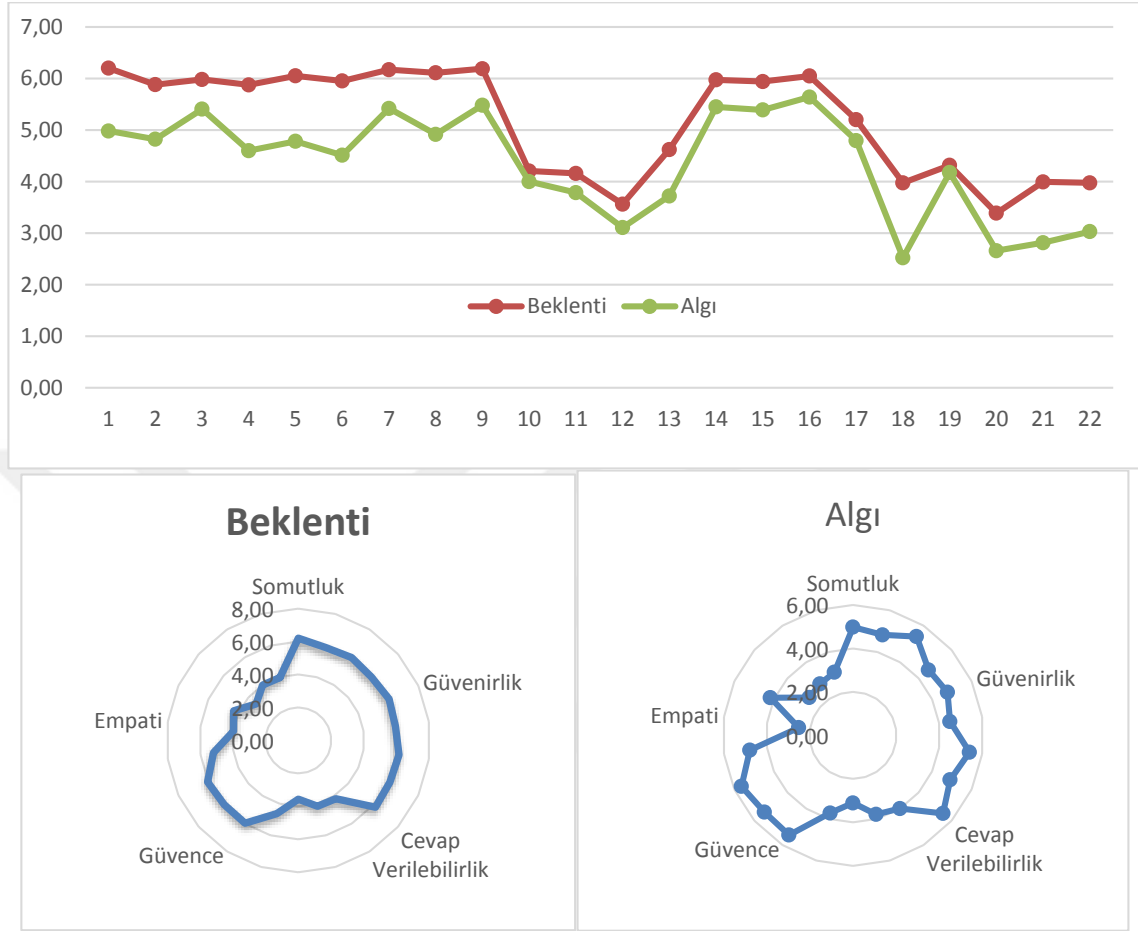
Katılımcıların hizmet aldıkları hastaneden beklenti ile ilgili soruların puan ortalaması aşağıda Tablo. 4.17’de verilmiştir. Hastanesinin sunmuş olduğu hizmetlerde algı düzeyi “güvence” boyutunda yer alan 16. önermedeki “hastanedeki çalışanlar kibar davranırlar” ifadesinin en yüksek düzeyde olduğu, “empati” boyutunda yer alan “hastanenin, müşterilerine özel ilgi göstermesi beklenemez.” ifadesinin ise en düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Algıları ile İlgili Puan Ortalamaları

Boyutlar	Soru	İfade	Ort.	S.S.
Somutluk	1	Hastane teçhizatları modernidir.	4,98	1,76
	2	Hastanenin binaları görsel olarak çekicidir.	4,82	1,78
	3	Hastanenin çalışanları iyi giyimli ve düzgün görünümüdür.	5,41	1,57
	4	Hastane tesislerinin görünümü sunduğu hizmet tipi ile uyumludur.	4,6	1,76
Güvenirlilik	5	Hastane teşhis ve tedavi hizmetleri randevu saatinde gerçekleşmektedir.	4,78	2,04
	6	Herhangi bir problem olduğunda, hastane bu problemin çözümünde sempatik ve güven vericidir.	4,51	1,82
	7	Hastane güvenilirdir.	5,42	1,68
	8	Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.	4,92	1,8
	9	Hastane, kayıtlarını doğru bir şekilde tutar.	5,48	1,67
Cevap Verilebilirlik	10	Hastane, müşterilerine hizmetin ne zaman yapılacağını tam olarak söyleyemez.	4	1,91
	11	Hastane personellerinden hızlı hizmet alınamaz.	3,79	1,9
	12	Hastane çalışanları hastalara yardım etme konusunda her zaman istekli değildir.	3,11	1,46
	13	Hastane çalışanları hasta isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermek için uğraşırlar.	3,72	1,45
Güvence	14	Hastane çalışanları güvenilirdir.	5,45	1,55
	15	Hastaneden hizmet alan kişiler aldıkları hizmete ilişkin işlemlerde çalışanlara güven duyarlar.	5,39	1,36
	16	Hastane çalışanları kibar davranırlar.	5,64	1,55
	17	Hastane çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapmaları için kurumları tarafından yeterince desteklenmektedir.	4,79	1,96
Empati	18	Hastanesinin, müşterilerine özel ilgi göstermesi beklenemez.	2,52	1,31
	19	Hastane çalışanları müşterilere kişisel ilgi göstermeleri beklenemez.	4,18	2,11
	20	Hastane çalışanları hastanın ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmez.	2,66	1,36
	21	Hastane, hastaların çıkarlarını ön planda tutmaz.	2,81	1,42
	22	Hastane çalışma saatleri tüm müşterileri için uygun değildir.	3,03	1,47
Tatmin	1	Hastanenin sunduğu hizmetler tatmin edicidir.	5,04	1,35
	2	Hastanenin sunduğu hizmetler ideale yakındır.	5,12	1,54
	3	Hastanenin sunduğu hizmetler beklentilerimin üzerindedir.	4,71	1,69
Tercih	1	Bu hastaneden gelecekte yeniden hizmet almayı düşünürüm.	5,24	1,79
	2	Bu hastaneyi yakınlarıma ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.	5,07	2,02

Şekil 4.1.’de hasta beklentisi ve algısı arasındaki boşluk verilmiştir. Buna göre her bir önerme için hastaların beklentilerinin algılarından yüksek düzeyde olduğu fakat 10.

ve 19. önermelerdeki beklenti ve algı ölçeklerinin benzer seviyelere yakın çıktığı tespit edilmiştir.



Şekil 4.1. Hasta Beklentisi ve Algısı Arasındaki Boşluk

4.8. SERVQUAL SKORLARIN BOYUTLAR BAZINDA HESAPLANMASI

Beklenen ve algılanan hizmet kalite ölçeği ile ilgili elde edilen verilere SERVQUAL skorlarının boyutlara göre değerlendirilmesi Tablo 4.18’de verilmiştir. Bu tabloda görüldüğü üzere, SERVQUAL skor hesaplaması sonucu elde edilen verilere göre, “güvenirlilik” boyutu beklenti skorları açısından en yüksek değeri almıştır. Bu sonuca göre yatarak sağlık hizmeti alanlar tarafından sağlık hizmetlerinde “güvenirlilik” boyutu diğerlerine göre en az memnuniyet olan boyut olarak değerlendirilmiştir. Nispeten katılımcıların en yüksek düzeyde memnuniyet duyduğu boyutun ise “güvence” olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.18. SERVQUAL Skorlarının Boyutlara Göre Değerlendirilmesi

Algı- Beklenti	Fark	Boyut	Boyut Skorları	Açıklama	SQE
P1-E1	-1,21	SQ ₁	-1,03	Hastanedeki teçhizatlar, binanın yapısı ve çalışanların giyim kuşamlarıyla ilgili hastaların beklentileri bulunmaktadır.	-0,79
P2-E2	-1,05				
P3-E3	-0,57				
P4-E4	-1,27				
P5-E5	-1,27	SQ ₂	-1,07	Sağlık hizmetlerin zamanında sunumu, çalışanlara duyulan güven, hastanenin genel imajı ile hastalarda oluşturduğu algı eksik kalmaktadır.	
P6-E6	-1,44				
P7-E7	-0,75				
P8-E8	-1,19				
P9-E9	-0,70				
P10-E10	-0,20	SQ ₃	-0,48	Sunulan hizmetlerde hastane yönetimi ve çalışanları hastanın istek ve ihtiyaçlarına tam olarak karşılık vermemektedir.	
P11-E11	-0,37				
P12-E12	-0,45				
P13-E13	-0,90				
P14-E14	-0,52	SQ ₄	-0,47	Hastane yönetimi ve çalışanlar sundukları hizmete ilişkin işlemlerde, hizmeti alan kişilerde güven tam olarak oluşturulamamıştır.	
P15-E15	-0,55				
P16-E16	-0,40				
P17-E17	-0,40				
P18-E18	-1,45	SQ ₅	-0,88	Hastane yönetimi ve çalışanlar sundukları her türlü hizmetlerde hastanın algısı bilmeleri ve ona göre hizmet sunmaları eksik kalmaktadır.	
P19-E19	-0,14				
P20-E20	-0,72				
P21-E21	-1,18				
P22-E22	-0,94				

4.9. HİZMET KALİTESİ BOYUTLARINA GÖRE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Hizmet kalitesi boyutlarına göre, iki değişkene bağlı olan cinsiyet ve medeni durum bağımsız T testi ile ikiden fazla değişkene bağlı olan meslek, yaş, gelir, eğitim, yer ve hanedeki kişi sayısı ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen veriler aşağıdaki tablolarda verilmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların hizmet kalitesini oluşturan boyutlara ilişkin değerlendirmelerin cinsiyet durumuna göre fark gösterip göstermediği t testi ile analiz edilmiştir. Tablo 4.19.'da görüldüğü gibi katılımcıların algı ve beklenti ölçeğinin tüm boyutlarda cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Beklenti ölçeğinde ortalama değerler “güvenirlilik”, “cevap verilebilirlik”, “güvence” ve “empati” boyutunda kadınlarda daha yüksek olduğu, erkeklerde ise sadece “somutluk” boyutunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Algı ölçeğinde ise ortalama değeri de “somutluk” ve “empati” boyutunda erkeklerde daha yüksek olduğu, “güvenirlilik”, “cevap verilebilirlik” ve “güvence” boyutunda ise kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.19. Hizmet Kalitesinin Boyutlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		Beklenti					Algı					Fark
Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	p	n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.
Somutluk	Kadın	207	5,98	0,78	-0,170	0,865	207	4,86	1,38	-1,434	0,153	-1,12
	Erkek	162	5,99	0,87			162	5,06	1,28			-0,93
Güvenirlilik	Kadın	207	6,11	0,84	0,482	0,630	207	6,11	0,84	0,482	0,630	0,00
	Erkek	162	6,07	0,77			162	6,07	0,77			0,00
Cevap Verilebilirlik	Kadın	207	4,18	1,08	0,862	0,389	207	4,18	1,08	0,862	0,389	0,00
	Erkek	162	4,08	1,15			162	4,07	1,15			-0,01
Güvence	Kadın	207	3,99	1,28	-0,500	0,618	207	5,32	1,22	0,024	0,981	1,33
	Erkek	162	3,84	1,16			162	5,31	1,19			1,47
Empati	Kadın	207	3,99	1,28	1,148	0,252	207	3,02	0,88	-0,404	0,686	-0,97
	Erkek	162	3,84	1,16			162	3,06	0,92			-0,78

Tablo 4.20.'de belirtildiği gibi araştırmaya katılan katılımcıların beklenti ölçeğinde hizmet kalitesini oluşturan boyutlara ilişkin değerlendirmelerin medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Beklenti ölçeğinde ortalama değerlerinin “güvenirlilik”, “cevap verilebilirlik” boyutunda evlilerde daha yüksek olduğu, “somutluk”, “güvence” ve “empati” boyutlarında da bekârlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. En yüksek değerin ise “güvenirlilik” boyutunda evlilerde (6,09) olduğu tespit edilmiştir ($t=-0,145$, $p>0,05$). Algı ölçeğinde ise “somutluk”, “güvenirlilik” “cevap verilebilirlik” ve “empati boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), “güvence” boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı bulunan bu boyutta evlilerin algı düzeyleri bekârlarinkinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.20. Hizmet Kalitesi Boyutlarında Medeni Durum Değişkeni Dağılımı

		Beklenti					Algı				
Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.
Somutluk	Evli	267	5,97	0,88	-0,291	0,771	4,97	1,3	0,467	0,641	-1,00
	Bekâr	102	6	0,65			4,89	1,43			-1,11
Güvenirlilik	Evli	267	6,09	0,83	-0,145	0,885	5,07	1,49	1,150	0,250	-1,02
	Bekâr	102	6,1	0,74			4,88	1,44			-1,22
Cevap Verilebilirlik	Evli	267	4,15	1,12	0,516	0,606	3,63	1,03	-0,699	0,485	-0,52
	Bekâr	102	4,08	1,07			3,71	0,85			-0,37
Güvence	Evli	267	5,75	0,93	-1,335	0,183	5,4	1,21	2,125	0,034	-0,35
	Bekâr	102	5,89	0,78			5,1	1,17			-0,79
Empati	Evli	267	3,89	1,25	-0,977	0,329	3	0,9	-1,117	0,265	-0,89
	Bekâr	102	4,03	1,17			3,11	0,89			-0,92

Katılımcıların hizmet kalitesi ile ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin meslek gruplarına göre fark gösterip göstermediği ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testi kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucu anlamlı bulunan boyutun

hangi meslek grubundan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD testi kullanılmıştır Bu testin sonuçları Tablo. 4.21.'de verilmiştir.

Tablo 4.21. Hizmet Kalite Boyutlarının Meslek Değişkenine Göre Dağılımı

Boyut	Meslek	Beklenen					Algı					
		N	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	T.HSD
Somutluk	1.İşçi	26	5,97	0,57	0,481	0,887	5,22	1,25	1,27 4	0,25	-0,75	
	2.Esnaf	27	5,91	1,16			5,01	1,49			-0,90	
	3.Memur	69	6,01	0,89			4,66	1,53			-1,35	
	4.Eğitimci	27	5,86	0,91			5,07	1,37			-0,79	
	5.Emekli	47	6,10	0,94			5,07	1,40			-1,02	
	6.Ev hanımı	91	6,02	0,64			5,02	1,21			-1,00	
	7.Teknik E	19	5,91	0,96			5,08	1,19			-0,83	
	8.Çiftçi	14	5,96	1,06			5,05	1,08			-0,91	
	9.Doktor	15	6,18	0,59			4,17	1,19			-2,02	
	10.Öğrenci	34	5,82	0,69			5,14	1,26			-0,68	
	Toplam	369	5,98	0,83			4,96	1,34			-1,03	
Güvenirlilik	1.İşçi	26	6,22	0,68	0,867	0,555	5,42	1,35	3,12 1	0,001	-0,80	3-5 P=0,00 7 3-6 P=0,00 3
	2.Esnaf	27	6,07	0,92			4,91	1,37			-1,16	
	3.Memur	69	6,14	0,81			4,43	1,64			-1,70	
	4.Eğitimci	27	5,96	1,07			4,81	1,62			-1,14	
	5.Emekli	47	6,15	0,63			5,47	1,27			-0,69	
	6.Ev hanımı	91	6,18	0,73			5,35	1,47			-0,84	
	7.Teknik E.	19	5,99	0,70			4,56	1,37			-1,43	
	8.Çiftçi	14	5,74	1,27			5,33	1,37			-0,41	
	9.Doktor	15	6,15	0,84			4,48	1,13			-1,67	
	10.Öğrenci	34	5,91	0,87			5,09	1,35			-0,81	
	Toplam	369	6,09	0,81			5,03	1,48			-1,07	
Cevap Verilebilirlik	1.İşçi	26	3,93	1,27	1,199	0,294	3,48	0,99	1,405	0,184	-0,45	
	2.Esnaf	27	4,37	1,11			3,85	1,03			-0,52	
	3.Memur	69	4,26	1,12			3,53	0,99			-0,74	
	4.Eğitimci	27	4,04	1,32			3,93	0,87			-0,11	
	5.Emekli	47	4,16	0,98			3,48	0,95			-0,68	
	6.Ev hanımı	91	4,23	1,11			3,66	1,12			-0,56	
	7.Teknik E.	19	3,75	1,05			3,63	0,86			-0,12	
	8.Çiftçi	14	3,70	1,05			3,25	0,73			-0,45	
	9.Doktor	15	4,42	1,05			3,95	0,66			-0,47	
	10.Öğrenci	34	3,90	1,00			3,92	0,96			0,01	
	Toplam	369	4,13	1,11			3,65	0,99			-0,48	
Güvence	1.İşçi	26	5,62	1,11	0,560	0,830	5,54	1,15	3,152	0,001	-0,08	5-3 P=0,00 6 5-7 P=0,03 9
	2.Esnaf	27	5,66	0,96			5,29	1,16			-0,37	
	3.Memur	69	5,94	0,87			4,95	1,27			-0,99	
	4.Eğitimci	27	5,86	0,81			5,10	0,92			-0,76	
	5.Emekli	47	5,76	0,89			5,80	1,09			0,04	
	6.Ev hanımı	91	5,76	0,98			5,52	1,25			-0,24	
	7.Teknik E	19	5,88	0,73			4,75	1,37			-1,13	
	8.Çiftçi	14	5,75	0,62			5,71	1,01			-0,04	
	9.Doktor	15	6,00	0,81			4,77	1,21			-1,23	
	10.Öğrenci	34	5,71	0,86			5,36	1,06			-0,35	
	Toplam	369	5,79	0,90			5,32	1,21			-0,47	

Tablo 4.21. (devam) Hizmet Kalite Boyutlarının Meslek Değişkenine Göre Dağılımı

Boyut	Meslek	Beklenen					Algı					
		N	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	T.HSD
Empati	1.İşçi	26	4,08	1,12	1,217	0,283	3,32	0,68	1,197	0,295	-0,76	
	2.Esnaf	27	4,14	1,29			3,31	1,00			-0,83	
	3.Memur	69	3,99	1,26			3,14	1,02			-0,85	
	4.Eğitimci	27	4,36	1,17			3,09	0,71			-1,27	
	5.Emekli	47	3,79	1,08			2,98	0,87			-0,80	
	6.Ev hanımı	91	3,81	1,37			2,87	0,88			-0,94	
	7.Teknik E.	19	3,78	0,99			2,93	0,90			-0,85	
	8.Çiftçi	14	3,44	1,29			2,99	1,07			-0,46	
	9.Doktor	15	4,37	1,25			3,20	0,84			-1,17	
	10.Öğrenci	34	3,79	1,10			2,91	0,89			-0,88	
	Toplam	369	3,93	1,23			3,04	0,90			-0,89	

Araştırmaya katılan katılımcıların beklenti ölçeğinde hizmet kalitesini oluşturan bütün boyutlara ilişkin değerlendirmelerin meslek duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Beklenti ölçeğinde ortalama değer “güvenirlilik” boyutunda işçilerde (6,22) en fazla olduğu, “empati” boyutunda çiftçilerde (3,44) en az olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların algı ölçeğinde ise hizmet kalitesini oluşturan bütün boyutlara ilişkin değerlendirmelerin meslek duruma göre “güvenirlilik” ve “güvence” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunmuş “somutluk, “cevap verilebilirlik” ve “empati” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Anlamlı fark bulunan “güvenirlilik” boyutunda Tukey HSD testi sonucu; memur ($4,43\pm 1,64$) ile emekli ($5,47\pm 1,27$) ve memur ($4,43\pm 1,27$) ile ev hanımı ($6,18\pm 0,73$) meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Anlamlı fark bulunan “güvence” boyutunda ise Tukey HSD testi sonucu emekli ($5,80\pm 1,09$) ile memur ($4,95\pm 1,37$) ve emekli ($5,80\pm 1,09$) ile teknik eleman ($4,75\pm 1,37$) meslek grupları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca algı boyutunda ortalama değer en fazla olduğu “güvence” boyutunun emeklilerde (5,80) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.22’de beklenti ölçeğine göre katılımcıların hizmet kalitesi ilgili boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. ($p>0,05$). Algı ölçeğinin ise “güvenirlilik” ve “güvence” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$), “somutluk”, “cevap verilebilirlik” ve “empati” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Anlamlı bir fark bulunan “güvence” boyutu Tukey HSD testi sonucu 25 yaş ve altı ($5,12\pm 1,16$) ile 46 ve üzeri

(5,62±1,14) ve 26-35 (4,98±1,18) ile 56 ve üzeri (5,62±1,14) yaş grupları arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 4.22. Hizmet Kalite Boyutlarının Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

Boyutlar	Yaş	Beklenti					Algılanan				Fark	Tukey HSD
		N	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	
Somutluk	1. 25 yaş ve altı	67	6,09	0,6	0,651	0,626	4,94	1,47	0,281	0,890	-1,15	
	2. 26-35	73	5,95	0,75			4,82	1,47			-1,13	
	3. 36-45	69	5,87	0,97			5,00	1,28			-0,87	
	4. 46 ve üzeri	158	6,01	0,87			5,00	1,25			-1,01	
	Toplam	370	5,98	0,83			4,95	1,34			-1,03	
Güvenirlilik	1. 25 yaş ve altı	67	6,18	0,64	0,597	0,665	4,96	1,46	2,473	0,044	-1,23	
	2. 26-35	73	6,17	0,8			4,68	1,6			-1,48	
	3. 36-45	69	6,03	0,92			5,01	1,41			-1,02	
	4. 46 ve üzeri	158	6,06	0,84			5,24	1,41			-0,82	
	Toplam	370	6,09	0,81			5,02	1,48			-1,07	
Cevap Verilebilirlik	1. 25 yaş ve altı	67	4,03	1,05	1,297	0,271	3,78	0,94	0,828	0,497	-0,24	
	2. 26-35	73	4,4	1,11			3,64	1,04			-0,76	
	3. 36-45	69	4,07	1,12			3,61	0,93			-0,46	
	4. 46 ve üzeri	158	4,09	1,13			3,64	1,01			-0,45	
	Toplam	370	4,14	1,11			3,65	0,99			-0,48	
Güvence	1. 25 yaş ve altı	67	5,82	0,91	0,344	0,848	5,12	1,16	4,714	0,001	-0,69	1-4 P=0,035 2-4 P=0,002
	2. 26-35	73	5,88	0,87			4,98	1,18			-0,9	
	3. 36-45	69	5,72	0,9			5,18	1,28			-0,54	
	4. 46 ve üzeri	158	5,77	0,92			5,62	1,14			-0,15	
	Toplam	370	5,79	0,9			5,32	1,21			-0,47	
Empati	1. 25 yaş ve altı	67	3,91	1,18	2,116	0,078	3,04	0,89	0,887	0,472	-0,87	
	2. 26-35	73	4,28	1,21			3,06	0,94			-1,22	
	3. 36-45	69	3,91	1,17			3,2	0,78			-0,72	
	4. 46 ve üzeri	158	3,79	1,27			2,96	0,94			-0,83	
	Toplam	370	3,93	1,23			3,04	0,9			-0,89	

Tablo 4.23.'de katılımcıların hizmet kalitesi ilgili bütün beklenti ölçeği boyutları hakkındaki değerlendirmelerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Algı ölçeğinde ise “somutluk”, “güvenirlilik” ve “güvence” ($p<0,05$) boyutlarında gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen “cevap verilebilirlik” ve “empati” boyutunda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Anlamlı farkların “somutluk” boyutunda 751-1500 TL ile 2251-3000 TL gelir gruplarında ($p<0,001$), “güvenirlilik” boyutunda 0-750 TL ile 2251-3000 TL, 751-1500 ile 3000 TL ve üzeri, 1501-2250 TL ile 2251-3000 TL ve 1501-2250 TL ile 3000 TL ve üzeri gelir grupları arasında ($p<0,001$), “güvence” boyutunda ise 751-1500 TL ile 3000 TL ve üzeri gelir gruplarında arasında olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.23. Hizmet Kalite Boyutlarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı

B	Gelir	Beklenen					Algılanan				Ort.	Tukey HSD
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p		
Somutluk	1. 0-750 TL	34	5,93	0,54	1,249	0,290	4,88	1,51	6,382	<0,001	-1,06	2-4 (P=0,005) 4-3 (P=0,000)
	2. 751-150 TL	63	5,93	0,85			5,13	1,19			-0,79	
	3. 1501-2250 TL	127	6,12	0,66			5,28	1,26			-0,84	
	4. 2251-3000 TL	65	5,91	0,89			4,33	1,48			-1,58	
	5. 3000 TL Üzeri	81	5,90	1,05			4,83	1,21			-1,07	
	Toplam	370	5,98	0,83			4,95	1,34			-1,03	
Güvenirlilik	1. 0-750 TL	34	6,07	0,55	1,325	0,260	4,81	1,49	5,382	<0,001	-1,26	2-4 (P=0,010) 2-5 (P=0,003) 3-4 (P=0,050) 3-5 (P=0,016)
	2. 751-150 TL	63	6,01	0,96			5,51	1,37			-0,50	
	3. 1501-2250 TL	127	6,22	0,62			5,27	1,34			-0,95	
	4. 2251-3000 TL	65	5,98	1,04			4,66	1,70			-1,31	
	5. 3000 TL ve Üzeri	81	6,06	0,84			4,63	1,44			-1,44	
	Toplam	370	6,09	0,81			5,02	1,48			-1,07	
Cevap Verilebilirlik	1. 0-750 TL	34	4,30	0,92	1,314	0,264	3,72	0,95	0,415	0,798	-0,58	
	2. 751-150 TL	63	4,13	1,16			3,52	1,01			-0,61	
	3. 1501-2250 TL	127	4,24	1,14			3,66	1,06			-0,59	
	4. 2251-3000 TL	65	3,89	1,05			3,66	0,85			-0,23	
	5. 3000 TL ve Üzeri	81	4,11	1,13			3,72	0,99			-0,39	
	Toplam	370	4,14	1,11			3,65	0,99			-0,48	
Güvence	1. 0-750 TL	34	5,72	0,83	0,209	0,933	5,04	1,19	3,477	0,008	-0,68	2-5 (P=0,018)
	2. 751-150 TL	63	5,84	0,83			5,42	1,30			-0,42	
	3. 1501-2250 TL	127	5,78	0,99			5,59	1,06			-0,19	
	4. 2251-3000 TL	65	5,74	0,86			5,15	1,40			-0,59	
	5. 3000 TL ve Üzeri	81	5,84	0,88			5,06	1,14			-0,77	
	Toplam	370	5,79	0,90			5,32	1,21			-0,47	
Empati	1. 0-750 TL	34	4,01	1,05	0,589	0,671	2,92	0,85	0,803	0,524	-1,09	
	2. 751-150 TL	63	3,84	1,32			2,93	0,91			-0,91	
	3. 1501-2250 TL	127	4,00	1,26			3,02	0,89			-0,98	
	4. 2251-3000 TL	65	3,76	1,24			3,15	0,93			-0,61	
	5. 3000 TL ve Üzeri	81	4,00	1,18			3,12	0,93			-0,88	
	Toplam	370	3,93	1,23			3,04	0,90			-0,89	

Tablo 4.24. 'te görüleceği üzere katılımcıların beklenen hizmet kalitesi ilgili bütün boyutlar hakkındaki değerlendirmeleri eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.24. Hizmet Kalitesi Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Boyut	Eğitim	Beklenen					Algılana				Fark	Tukey HSD
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	
Somutluk	1. İlköğretim	139	6,06	0,74	2,141	0,075	5,18	1,03	2,314	0,057	-0,88	
	2. Lise	61	5,87	0,97			4,98	1,68			-0,89	
	3. Ön Lisans	40	6,03	0,82			4,89	1,68			-1,14	
	4. Lisans	99	6,04	0,75			4,65	1,37			-1,39	
	5. Lisansüstü	31	5,64	1,02			4,94	1,16			-0,70	
	Toplam	370	5,98	0,83			4,95	1,34			-1,03	
Güvenirlilik	1. İlköğretim	139	6,08	0,81	1,386	0,238	5,57	1,13	8,657	0,000	-0,51	1-2 P=0,003 1-3 P=0,006 1-4 P=0,000 1-5 P=0,001
	2. Lise	61	6,23	0,73			4,77	1,68			-1,46	
	3. Ön Lisans	40	6,18	0,56			4,70	1,70			-1,49	
	4. Lisans	99	6,08	0,85			4,71	1,42			-1,37	
	5. Lisansüstü	31	5,83	1,07			4,44	1,69			-1,39	
	Toplam	370	6,09	0,81			5,02	1,48			-1,07	
Cevap Verilebilirlik	1. İlköğretim	139	4,09	1,15	1,442	0,219	3,60	0,96	0,937	0,443	-0,49	
	2. Lise	61	4,35	1,02			3,66	1,15			-0,69	
	3. Ön Lisans	40	4,22	1,04			3,51	1,15			-0,71	
	4. Lisans	99	3,98	1,08			3,71	0,93			-0,27	
	5. Lisansüstü	31	4,34	1,26			3,91	0,67			-0,43	
	Toplam	370	4,14	1,11			3,65	0,99			-0,48	
Güvence	1. İlköğretim	139	5,71	0,97	0,901	0,463	5,73	1,01	9,064	0,000	0,01	1-3 P=0,015 1-4 P=0,000 1-5 P=0,001
	2. Lise	61	5,93	0,85			5,43	1,30			-0,49	
	3. Ön Lisans	40	5,84	0,76			5,07	1,40			-0,78	
	4. Lisans	99	5,84	0,84			4,92	1,23			-0,91	
	5. Lisansüstü	31	5,65	1,02			4,84	0,97			-0,81	
	Toplam	370	5,79	0,90			5,32	1,21			-0,47	
Empati	1. İlköğretim	139	3,78	1,34	0,870	0,482	3,00	0,88	0,345	0,848	-0,78	
	2. Lise	61	4,00	1,09			3,01	0,97			-0,99	
	3. Ön Lisans	40	3,99	1,16			3,18	0,94			-0,81	
	4. Lisans		4,06	1,13			3,07	0,94			-0,99	
	5. Lisansüstü	31	3,98	1,39			3,03	0,73			-0,95	
	Toplam	370	3,93	1,23			3,04	0,90			-0,89	

Algı ölçeğinde ise eğitim durumuna göre “güvenirlilik” ve “güvence” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0,005$) bulunurken, “somutluk”, “cevap verilebilirlik” ve “empati” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Anlamlılık “güvenirlilik” boyutunda; ilköğretim ($5,57 \pm 1,13$) ile lise ($4,77 \pm 1,68$), lise ile ön lisans ($4,70 \pm 1,70$), ilköğretim ile lisans ($4,71 \pm 1,42$) ve ilköğretim ile lisansüstü ($4,44 \pm 1,69$) eğitim grupları arasındaki farktan, “güvence” boyutunda ise ilköğretim ($5,73 \pm 1,01$) ile ön lisans ($5,07 \pm 1,40$) ve ilköğretim ile lisansüstü ($4,84 \pm 0,97$) eğitim grupları arasında farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 4.24)

Katılımcıların beklenti ve algı ölçeği ile hizmet kalitesi hakkındaki değerlendirmelerin hanedeki kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. ($p > 0,05$). Katılımcıların hastaneden beklentilerinin genel olarak (Ort=3,00 üzerinde olduğu), en yüksek beklenti boyutu “güvenirlilik” boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Benzer durum algılama düzeyleri için de geçerlidir (Tablo 4.25.).

Tablo 4.25. Hizmet Kalite Boyutlarının Hanedeki Kişi Sayısına Göre Dağılımı

Boyut	Hanedeki Kişi	Beklenti					Algı				Fark
		n	Ort.	S.S.	t	p	Ort.	S.S.	t	p	
Somutluk	Yalnız Yaşıyorum	28	5,81	0,90	0,812	0,445	4,83	1,23	0,372	0,690	-0,98
	1-3	178	5,97	0,83			4,91	1,30			-1,06
	4 ve Üzeri	164	6,02	0,81			5,02	1,41			-1,01
	Toplam	370	5,98	0,83			4,95	1,34			-1,03
Güvenirlilik	Yalnız Yaşıyorum	28	5,91	0,88	1,544	0,215	4,89	1,43	0,161	0,852	-1,03
	1-3	178	6,06	0,89			5,05	1,51			-1,00
	4 ve Üzeri	164	6,17	0,70			5,01	1,46			-1,16
	Toplam	370	6,09	0,81			5,02	1,48			-1,07
Cevap Verilebilir	Yalnız Yaşıyorum	28	4,15	0,90	0,051	0,950	3,45	0,91	2,406	0,092	-0,71
	1-3	178	4,12	1,15			3,58	1,00			-0,54
	4 ve Üzeri	164	4,16	1,10			3,77	0,98			-0,38
	Toplam	370	4,14	1,11			3,65	0,99			-0,48
Güvence	Yalnız Yaşıyorum	28	5,62	0,79	0,896	0,409	5,08	1,11	0,630	0,523	-0,54
	1-3	178	5,77	0,96			5,31	1,30			-0,45
	4 ve Üzeri	164	5,85	0,86			5,36	1,13			-0,48
	Toplam	370	5,79	0,90			5,32	1,21			-0,47
Empati	Yalnız Yaşıyorum	28	3,85	1,22	0,589	0,556	3,10	0,92	1,290	0,277	-0,75
	1-3	178	3,87	1,34			2,96	0,90			-0,91
	4 ve Üzeri	164	4,01	1,11			3,11	0,90			-0,89
	Toplam	370	3,93	1,23			3,04	0,90			-0,89

Katılımcıların beklenti ve algı ölçeği ile hizmet kalitesi hakkındaki değerlendirmelerin ikamet edilen yere göre beklenti ölçeğindeki güvence boyutu hariç istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Beklenti ölçeğinde yer alan “güvence” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Anlamlı fark bulunan “güvence” boyutunun Tukey HSD testi sonucuna göre, Isparta ($5,87\pm0,85$) ile Afyon ($5,38\pm1,08$) illeri arasında anlamlı fark vardır (Tablo 4.26.).

Tablo 4.26. Hizmet Kalite Boyutlarının İkamet Edilen Yer Durumuna Göre Dağılımı

	İkamet Edilen Yer	Beklenti					Tukey HSD	Algı				Fark
		n	Ort.	S.S.	t	p		Ort	S.S.	t	p	
Somutluk	1. Isparta	262	5,99	0,73	1,827	0,142		4,89	1,33	2,312	0,076	-1,10
	2. Afyon	28	6,25	0,48				5,01	1,40			-1,24
	3. Burdur	39	5,78	1,09				4,78	1,57			-1,00
	4. Diğer	41	5,93	1,18				5,45	1,07			-0,48
	Toplam	370	5,98	0,83				4,95	1,34			-1,03
Güvenirlilik	1. Isparta	262	6,15	0,68	1,202	0,309		4,95	1,46	1,428	0,234	-1,20
	2. Afyon	28	6,02	0,88				4,89	1,42			-1,13
	3. Burdur	39	5,95	1,08				5,17	1,65			-0,77
	4. Diğer	41	5,96	1,18				5,42	1,51			-0,54
	Toplam	370	6,09	0,81				5,02	1,48			-1,07
Cevap Verilenebilirlik	1. Isparta	262	4,13	1,13	0,969	0,408		3,62	0,97	0,792	0,499	-0,51
	2. Afyon	28	4,28	1,07				3,91	1,08			-0,37
	3. Burdur	39	3,90	1,19				3,72	1,17			-0,19
	4. Diğer	41	4,29	0,96				3,64	0,88			-0,65
	Toplam	370	4,14	1,11				3,65	0,99			-0,48
Güvence	1. Isparta	262	5,87	0,85	3,541	0,015	1-2 $p=0,032$	5,26	1,23	0,753	0,521	-0,61
	2. Afyon	28	5,38	1,08				5,41	1,11			0,03
	3. Burdur	39	5,56	1,14				5,53	1,29			-0,03
	4. Diğer	41	5,77	0,77				5,42	1,09			-0,35
	Toplam	370	5,79	0,90				5,32	1,21			-0,47
Empati	1. Isparta	262	3,96	1,24	0,277	0,842		3,03	0,88	0,513	0,673	-0,93
	2. Afyon	28	3,76	1,23				2,89	0,80			-0,87
	3. Burdur	39	3,85	1,34				3,07	1,11			-0,77
	4. Diğer	41	3,94	1,07				3,16	0,91			-0,78
	Toplam	370	3,93	1,23				3,04	0,90			-0,89

4.10. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların almış olduğu hizmetler ile tatmin düzeyleri arasında arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen veriler aşağıdaki Tablo 4.27.'de verilmiştir.

Tablo 4.27. Hizmet Kalitesi ile Hizmet Tatmini Arasındaki İlişki

Boyut	Değişkenler		Algı					Beklenti					
			Somutluk	Güvenirlilik	Cevap V.	Güvence	Empati	Somutluk	Güvenirlilik	Cevap V.	Güvence	Empati	Tatmin
Algı	Somutluk	r	1										
		p											
	Güvenirlilik	r	,705**	1									
		p	,000										
	Cevap V.	r	-,105*	-,144**	1								
		p	,044	,006									
	Güvence	r	,592**	,677**	-,085	1							
		p	,000	,000	,102								
	Empati	r	-,119*	-,080	,277**	-,125*	1						
		p	,022	,125	,000	,016							
Beklenti	Somutluk	r	,037	,099	-,046	,103*	,007	1					
		p	,473	,057	,375	,048	,893						
	Güvenirlilik	r	,028	,095	-,042	,077	-,017	,686**	1				
		p	,592	,069	,417	,141	,745	,000					
	Cevap V.	r	,023	,012	,099	-,002	,093	,077	,037	1			
		p	,653	,812	,057	,972	,075	,140	,481				
	Güvence	r	-,044	,001	-,037	,006	-,014	,386**	,488**	,054	1		
		p	,397	,984	,480	,909	,784	,000	,000	,304			
	Empati	r	,035	,015	,160**	-,018	,236**	,153**	,186**	,288**	,158**	1	
		p	,507	,779	,002	,735	,000	,003	,000	,000	,002		
	Tatmin	r	,520**	,613**	-,056	,528**	-,129*	,030	,014	,015	-,018	-,067	1
		p	,000	,000	,285	,000	,013	,571	,789	,775	,732	,200	
	**. 0.01 Düzeyinde anlamlı bir ilişki vardır.												
	*. 0.05 Düzeyinde anlamlı bir ilişki vardır.												

Tablo 4.27.'de belirtildiği gibi katılımcıların tatmin düzeyi ile hizmetlerin “somutluk” özelliklerine ilişkin algıları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,520$; $p<0,001$). Katılımcıların tatmin düzeyi ile hizmetlerin “güvenirlilik” özelliklerine ilişkin algıları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r= 0,613$; $p<0,001$). Tatmin düzeyi ile hizmetlerin “güvence” özelliklerine ilişkin algıları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir

ilişki bulunmaktadır ($r=0,528$; $p<0,001$). Tatmin düzey ile “empati” boyutuna ilişkin algıları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,129$; $p<0,05$). Katılımcıların tatmin düzey ile hizmet beklentilerinin boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

4.11. KATILIMCILARIN HİZMET KALİTE ALGILARI VE TATMİN DÜZEYLERİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ

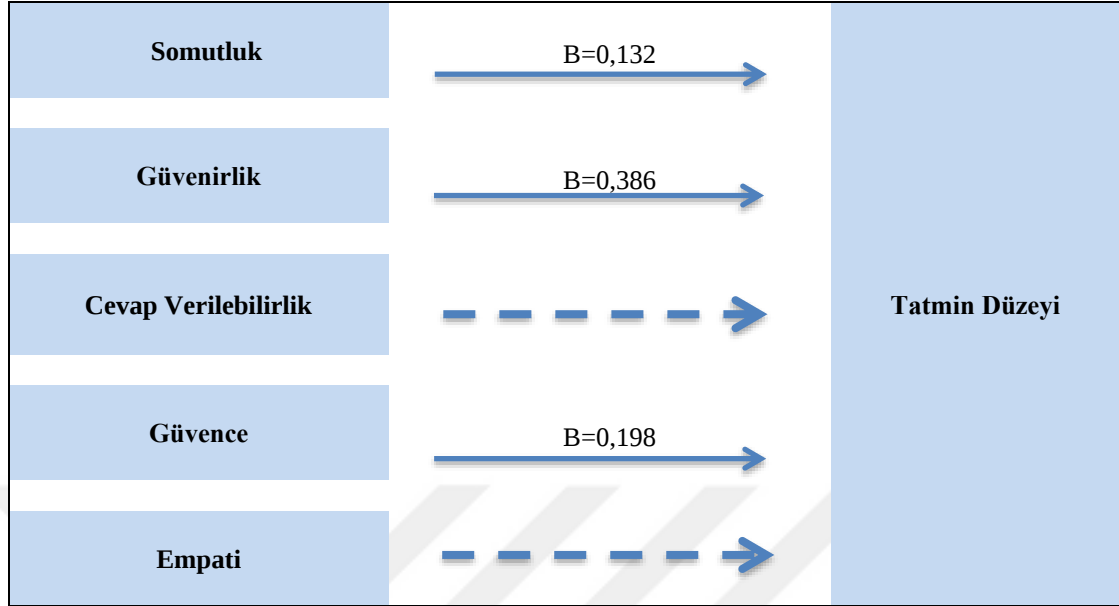
Araştırmanın bu bölümünde, katılımcıların hastanenin sunmuş olduğu hizmetlere ilişkin algılarının tatmin düzeyleri üzerindeki etkilerine ilişkin gerçekleştirilen regresyon analizi bulguları aşağıda Tabloda 4.28’de verilmiştir. Katılımcıların hastanenin sunmuş olduğu hizmetlere ilişkin “somutluk”, “güvenirlilik” ve “güvence” algılarının tatmin düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemek üzere yapılan regresyon analizleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=51,373$; $p=0,000<0,05$). Tatmin düzeyinin belirleyicisi olan “somutluk”, “güvenirlilik”, “cevap verilebilirlik”, “güvence” ve “empati” boyutlarının ilişkisinin çok güçlü olduğu görülmüştür ($R^2 =0,414$).

Tablo 4.28. Katılımcıların Hizmet Kalite Algılarının Tatmin Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
Tatmin Düzeyi	Sabit	1,390	3,544	0,000	51,373	0,000	0,414
	Somutluk	0,132	2,182	0,030			
	Güvenirlilik	0,386	6,389	0,000			
	Cevap Verilebilirlik	0,073	1,217	0,224			
	Güvence	0,198	3,063	0,002			
	Empati	-0,114	-1,752	0,081			

Tablo 4.29.’da görüldüğü gibi katılımcıların sağlık hizmetine ilişkin “somutluk” algısı, almış oldukları hizmetten duydukları tatmini artırmaktadır ($\beta=0,132$). Katılımcıların sağlık hizmetine ilişkin “güvenirlilik” algısı, almış oldukları hizmetten duydukları tatmini artırmaktadır ($\beta=0,386$). Katılımcıların sağlık hizmetlerine ilişkin “cevap verilebilirlik” algısı, sunulan hizmetten duydukları tatmini etkilememektedir ($p=0,224>0,05$). Katılımcıların sağlık hizmetine ilişkin “güvence” algısı, sunulan hizmetlerden duyulan tatmini artırmaktadır ($\beta=0,198$). Katılımcıların sunulan hizmetlere ilişkin “empati” algısında ise sunulan hizmetlerden duyulan tatmini artırmamaktadır ($p=0,081>0,05$).

Tablo 4.29. Katılımcıların Hizmet Kalite Algılarının Tatmin Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin Sonuç Modeli



Araştırmanın bu bölümde hastanenin sunmuş olduğu hizmetlerin, katılımcıların genel algılarında tatmin (memnuniyet) düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik regresyon analizi sonuçları Tablo 4.30.'da verilmiştir.

Tablo 4.30. Katılımcıların Genel Hizmet Algılarının Tatmin Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model(p)	R ²
Tatmin	Sabit	0,18 3	0,500	0,617	175,457	0,000	0,323
	Hizmet Kalitesi	1,09 3	13,246	0,000			

Tablo 4.30.'da belirtildiği gibi katılımcıların hastanenin sunmuş olduğu hizmetlere ilişkin genel hizmet kalite algılarının tatmin (memnuniyet) düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 175,457; p=0,000<0,05).

Katılımcıların tatmin (memnuniyet) düzeylerinin belirleyicisi olarak genel hizmet kalite algısı ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür (R²=0,323).

TARTIŞMA

Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin ölçülmesi ile ilgili yapılan bilimsel araştırmalar incelendiğinde, hastaların hizmet aldıkları hastaneyi başkalarına tavsiye etme ve ihtiyacı olduğunda aynı hastaneyi tekrar tercih etme eğilimlerini etkileyen faktörün daha çok algılanan ve beklenen kalite olduğu tespit edilmiştir. Algılanan ve beklenen hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan yöntemlerden birisi ise SERVQUAL ölçeğidir. Bu nedenle bu bölümde literatürde yapılan araştırma sonuçları tartışılmıştır.

Parasuraman, Zeithalm ve Berry tarafından 1988 yılında geliştirilen SERVQUAL ölçeği, Dünya’da birçok farklı sektör tarafından kullanılmaktadır. Temel olarak beş boyuttan oluşan bu ölçek, farklı toplumlarda çeşitli boyutlarda bulunmuştur. Bu durumun temel sebebi hizmetten kalite beklentisi tüketiciden tüketiciye farklılık gösterdiği için çeşitli kültürlerde de farklılık göstermiştir (Yücel, 2013: 89). Bu da boyutların farklı çıkmasına sebep olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda bu boyutlar çeşitlilik göstermektedir. Avusturalya’da beş tıp ve on ikisi anne çocuk sağlığı olmak üzere birbirinden farklı kuruluşların hizmet kalitesi ölçülmüştür. Çalışmaya 490 kişi katılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucuna göre, dört ana boyut bulunmuştur (Dean, 1999: 10). İngiltere’de 594 kişi üzerinde yapılan çalışmaya göre, “faktör analizi” yapmak için standart “Verimax” rotasyonu kullanılmıştır. Sonuç olarak altı ana boyut bulunmuştur (Gabbott and Hogg, 1994). Singapur’da 252 kişinin katılımıyla beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ölçülmüştür. Araştırmanın sonucuna göre beş boyut yerine altı boyut tespit edilmiştir (Lim and Tang, 2000:291).

Avusturalya’da 1297 kişinin katılımıyla yapılan bir diğer çalışmaya göre beş boyut olarak tanımlanmıştır (Morrison, Murphy and Nalder, 2003: 10). Yani; aynı kültürde (ülke) olsa bile boyutlarda farklılıklar göstermektedir. Işık’ın (2011: 144) yapmış olduğu çalışmada hizmet kalitesi beş boyut olarak tespit edilirken, Eldem (2009: 77) yapmış olduğu çalışmaya göre, beklenen hizmet kalitesi ölçeğinin faktörleşemediği tespit edilmiştir. Abosi ve Ating’in 2013 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre algılanan hizmet kalitesinin tüm boyutlar bazında beklenenin altında faktörleştiği ifade

edilmektedir (İmamoğlu, 2018: 42). Sonuç olarak SERVQUAL ölçeği aynı toplumda olsa bile boyutlarında farklılık gösterilebilir.

Cinsiyet durumuna bağlı olarak hizmet kalite düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin daha önce analiz yapılmıştır. İmamoğlu (2018: 68) ve Şarbak'ın (2009: 87) yapmış olduğu çalışmaya göre, beklenti ve algı ölçeklerindeki tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Saygı'nın (2015: 65) çalışmasında "somutluk" ve "güvenirlik" boyutları anlamlı, Işık'ın (2011: 164) yapmış olduğu çalışmada ise beklenti ölçeğinde "güvenirlik", algı ölçeğinde "güvence" boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Baysal ve arkadaşlarının (2012: 43-45) yapmış oldukları çalışmaya göre, hastanın hastaneden almış olduğu hizmetten beklentilerinin karşılanmadığı tespit edilmiştir. Bu araştırmada ise hizmet kalitesi boyutlara göre değerlendirildiğinde, beklenen ve algılanan hizmet kalite boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p>0,05$), katılımcıların beklentilerinin "somutluk" ve "empati" boyutlarında karşılanmadığı, "güvenirlik" boyutunda erkek ve kadınlarda beklentinin tam olarak karşılandığı, "güvence" boyutunda kadın ve erkeklerin beklediklerinden daha çok memnun kaldıkları, "cevap verilebilirlik" boyutunda ise kadınların beklentilerinin tam olarak karşılandığı tespit edilmiştir.

Medeni duruma bağlı olarak hizmet kalite düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin daha önce analiz yapılmıştır. Gürsoy'un (2003: 125) yapmış olduğu çalışmaya göre, beklenti ölçeğinde tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Algı ölçeğinde "cevap verilebilirlik" boyutu daha anlamlı bulunmuştur. Yani medeni durumu göre yapılan analizlerden elde edilen veriler incelendiğinde, beklenti ölçeğinin tüm boyutlarda herhangi bir fark olmadığı ($p>0,05$), algı ölçeğinde "güvence" boyutunda evlilerde daha yüksek bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca hastaneden alınan hizmetlerden elde edilen fayda hastanın beklentisini karşılamadığı tespit edilmiştir. Tan ve Patır'ın (2017: 35) yapmış olduğu çalışmaya benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Yer durumuna bağlı olarak hizmet kalite düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin daha önce analiz yapılmıştır. Gülmez'in (2005: 156) Sivas ilinde gerçekleştirdiği çalışmaya göre, yörede yaşayan katılımcıların daha çok hizmet aldıkları (%68), yer durumuna göre yapılan analizlerden elde edilen veriler incelendiğinde Isparta ilinde ikamet eden hastaların (%71,1) daha çok sağlık hizmetinden yararlandığı tespit edilmiştir.

Kayral'ın ,(2012: 133) ve Bulut'un (2014: 39) yapmış oldukları çalışmalarda boyutlar bazında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kayhan (2015: 40) ve Gelmez'in (2016: 86-87) yapmış oldukları çalışmada da tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan analiz sonucu elde edilen verilere göre, beklenti ölçeğinin "güvence" boyutunda anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), diğer boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Algı ölçeğinde ise tüm boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca Aytekin ve arkadaşlarının (2012: 168-170) yapmış oldukları çalışmaya göre tüm boyutlarda hizmet alan katılımcıların beklentilerinin karşılanmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise "güvence" boyutunda Afyon ilinden gelen katılımcılar hastaneden almış oldukları hizmetten memnun kaldıkları, diğer illerden gelen katılımcıların beklentileri karşılanmadığı tespit edilmiştir.

Meslek durumuna bağlı olarak hizmet kalitesi düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin daha önce analiz yapılmıştır. Aksoy (2005: 156)'un yapmış olduğu çalışmaya göre memur (%17,4) mesleğine sahip katılımcılar en yüksek düzeyde olduğu, Gülmez (2005: 98)'in yapmış olduğu çalışmada ev hanımının en düşük düzeyde olduğu (%17,4), Dursun ve Çerçi'nin (2004: 6) yapmış olduğu çalışmaya göre ev hanımı (%73,5) oranında en yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada yapılan analiz sonucu elde edilen verilerle benzerlik göstermektedir. Işık (2011:170)'ın çalışmasına göre beklenti ölçeğinde "cevap verilebilirlik" ve "empati" boyutları ile algı ölçeğinde "güvenirlilik" ve "güvence" boyutları anlamlı çıkmıştır. Yapılan analiz sonucu elde edilen verilere göre, beklenti ölçeğinin hiçbir boyutunda anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p>0,05$), algı ölçeğinde "güvenirlilik" ve "güvence" boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca "cevap verilebilirlik" boyutunda öğrenci ve "güvence" boyutunda emekli katılımcıların beklentileri karşılanmıştır. Bu durum Özatkan'ın (2008:117) yapmış olduğu çalışmayla farklılık göstermektedir. Yani tüm boyutlarda hastaların almış oldukları hizmetlerden memnun kalmadıkları tespit edilmiştir.

Yaş durumuna bağlı olarak hizmet kalitesi düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin daha önce analiz yapılmıştır. Gürsoy'un (2013:127-128) yapmış olduğu çalışmaya göre tüm boyutlarda istatistiksel olarak fark bulunurken, Harput'un (2014: 98) çalışmasında ise tüm boyutlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Analizler sonucu elde edilen verilere göre beklenti ölçeğinde tüm boyutlarda istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmazken ($p>0,05$), algı ölçeğinde “güvenirlik” ve “güvence” boyutlarında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca yaş durumunun frekans analizlerine göre, Dursun ve Çerçi’nin (2004: 6) çalışmasında 20-29 yaş (%59) gruplarının ve Işık’ın (2016: 65) yapmış olduğu çalışmada da göre ise 26-35 yaş (%37) gruplarının en fazla olduğu tespit edilmiştir.

Gelir durumuna bağlı olarak hizmet kalite düzeyinin, farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin daha önce yapılan analiz sonuçlarına göre, Harput’un (2014: 103) yapmış olduğu çalışmada beklenti ölçeği istatistiksel olarak anlamsız, algı ölçeğinde “somutluk”, “cevap verilebilirlik” ve “güvenirlik” boyutlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Anlamlı fark bulunan “güvenirlik” boyutunda 1000-5000 TL gelire sahip katılımcıları daha yüksek düzeyde olduğu, Çuhadır’ın (2017: 54) çalışmasında ise algı ölçeğinde “cevap verilebilirlik” boyutunda 1500-3000 TL arası gelire sahip katılımcıların daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Devedakan ve Aksaraylı’nın (2003: 47) yapmış oldukları çalışmaya göre, 2001-3000 TL gelire sahip katılımcıların daha fazla olduğu, Korkmaz ve Çuhadır’ın (2017: 77) çalışmalarına göre, 1501-3000 TL gelire sahip katılımcılar en yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucu elde edilen verilere göre, beklenti ölçeğinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Algı ölçeğinde “somutluk”, “güvenirlik” ve “güvence” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlı fark bulunan “somutluk” ve “güvence” boyutlarında 1501-2250 TL’ye sahip katılımcılar daha yüksek olduğu, “güvenirlik” boyutunda ise 751-1500 TL gelire sahip gruplarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak gelir grubu yapılan çalışmalarda orta düzeyde seyir ettiği söylenebilir.

Eğitim durumuna ilişkin hizmet kalite düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik daha önce yapılan analiz sonuçlarına göre, Esin (2015: 49)’inin yapmış olduğu çalışmada algı ölçeğinde tüm boyutlarda anlamlı fark bulunmazken, Köseoğlu’nun (2016: 100) çalışmasında algı ölçeğinde tüm boyutlarda anlamlı fark bulunmaktadır. Çağlar’ın (2016: 67) yapmış olduğu çalışmaya göre, ise “güvenirlik”, cevap verilebilirlik”, “güvence” ve “empati” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır. Ayrıca hizmet kalitesi düzeyinde Yağcı ve Duman’ın (2006: 226) yapmış olduğu çalışmaya göre üniversite (%46,7), Rahman vd. (2007: 45) ile Derin ve Demirel’in (2013: 1123) yapmış oldukları çalışmaya göre ilköğretim mezunların en yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonucu elde edilen verilere incelendiğinde, beklenti

ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Algı ölçeğinde ise “güvenirlilik” ve “güvence” boyutları anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca hizmet kalitesi düzeyinde ilköğretim mezunu katılımcı sayısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak araştırmanın eğitim durumuna göre yapılan analizlerde katılımcıların eğitim düzeyleri çeşitlilik gösterdiği ifade edilebilir.

Hanedeki kişi sayısına ilişkin hizmet kalitesi düzeyinde anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak amacıyla daha önce analiz yapılmıştır. Işık'ın (2011: 179) yapmış olduğu çalışmaya göre, beklenti ölçeğinde “cevap verilebilirlik”, “güvence” ve “empati” boyutlarında, algı ölçeğinde “empati” boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Anlamlı farkın beklenti ölçeğindeki boyutlar ve algı ölçeğindeki “empati” boyutunda 4-6 arası kişiye sahip katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların almış oldukları hizmet kalitesinin memnuniyetleri (tatmini) üzerinde etkisini değerlendirmek için daha önceki çalışmalarda regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, Şahin ve Şen'in (2017: 1181) yapmış oldukları çalışmada memnuniyet düzeyinin, hizmet kalitesine etkisi “somutluk”, “güvenirlilik” ve “güvence” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada yapılan analiz sonucu elde edilen verilerle de aynı sonuca varılmıştır. Yani hizmet kalitesine ilişkin yapılan regresyon analizi sonucu “somutluk”, “güvenirlilik” ve “güvence” boyutlarında tatmin düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hizmet kalitesinin boyutlar bazında SERVQUAL skorlarına ilişkin daha önce çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardaki verilere ulaşılarak araştırmacı tarafından Tablo 5.1. oluşturulmuştur. Tablo 5.1.'de belirtildiği üzere Lin ve diğerleri (2009:1187), Lee ve Yom'un (2007: 550-551), Babakus ve Mangold'un (1992: 781-783), Chakravarty'nin (2011: 222), Dikmen, Yıldırım ve Bakkal'ın (2014: 429-430), Işık'ın (2011: 162), Abousi ve diğerleri (2013: 486), Zarei diğerleri (2012: 983), Anderson'un (1995: 431), İmamoğlu'nun (2018: 626) yapmış oldukları çalışmalara göre, sağlık kuruluşundan hizmet alan kişilerin beklentilerinin karşılanmadığı tespit edilmiştir. Fakat Wong'un (2002: 2089), Peprah ve Atarah'ın (2014: 139), Butt ve Run'un (2010: 662), Lam'ın (1997: 148), yapmış oldukları çalışmalara göre, sadece “somutluk” boyutunda hizmet alan kişilerin beklentileri karşılanmıştır. Diğer boyutlarda alınan hizmetlerden memnun kalmadıkları gösterilmektedir. Has, Aba ve Ateş'in (2018: 17) yapmış oldukları çalışmaya göre ise tüm boyutlarda hastaların hizmeti almadan önceki beklentisi ve

hizmeti aldıktan sonraki algısı arasındaki fark pozitif çıkmıştır. Yani sunulan hizmetlerden memnun kalınmıştır. Sonuç olarak düşünülürse, yapılan analiz sonucu elde edilen verilere göre, sunulan hizmetler tatmin edici bulunmamıştır. Tablo 5.1’de belirtilen skorların çoğu ile benzerlik göstermesinin yanı sıra Rahman vd.’nin (2007: 49), Bayhan ve Devebakan’ın (2015: 1139-1140), Gelmez’in (2016: 71), Oğuz’un (2010: 100), Aytekin vd.’nin (2012: 168) yapmış oldukları çalışmalarla da benzerlik göstermektedir.



Tablo 5.1. Dünya’da ve Türkiye’de Beklenen ve Algılanan SERVQUAL Skor Karşılaştırılması

Yazar	Yıl	N	Yer	Somutluk			Güvenirlilik			Cevap V.			Güvence			Empati		
				Ort(P)	Ort(B)	Boşluk	Ort(p)	Ort(B)	Boşluk	Ort(P)	Ort(B)	Boşluk	Ort(P)	Ort(B)	Boşluk	Ort(P)	Ort(B)	Boşluk
Lin, at el	2009	1187	Taiwan	6,01	6,41	-0,40	6,23	6,60	-0,37	6,25	6,57	-0,32	6,27	6,64	-0,37	6,18	6,50	-0,32
Lee and Yom	2007	272	Kore	3,43	3,48	-0,05	3,70	3,75	-0,05	3,61	3,67	-0,06	3,67	3,75	-0,08	3,63	3,60	0,03
Wong	2002	102	Avusturya	6,25	5,50	0,35	6,61	6,65	-0,04	6,68	6,75	-0,07	6,75	6,67	0,08	6,59	6,72	-0,13
Babakus and Mangold	1992	443	Amerika	4,50	4,64	-0,14	4,16	4,71	-0,55	4,05	4,61	-0,56	4,32	4,78	-0,46	4,12	4,51	-0,39
Peprah and Atarah	2014	214	Gana	5,64	5,51	0,13	2,81	3,39	-0,58	4,64	5,19	-0,55	5,29	5,46	-0,17	4,09	4,07	0,02
Chakravarty	2011	99	Hindistan	6,06	6,61	-0,55	6,34	6,38	-0,04	5,88	6,53	-0,65	6,31	6,59	-0,28	6,28	6,39	-0,11
Dikmen, vd.	2014	100	Türkiye	4,03	4,12	-0,09	3,97	4,13	-0,16	3,94	4,18	-0,22	3,89	4,15	-0,26	2,81	4,17	-1,36
Butt and Run	2010	340	Malezya	5,79	5,31	0,48	5,72	5,14	-0,58	5,60	5,04	-0,56	5,74	5,28	-0,46	5,71	5,23	-0,48
Işık	2011	610	Türkiye	6,14	6,43	-0,29	6,15	6,82	-0,67	5,30	5,44	-0,13	6,04	6,56	-0,52	4,63	4,66	-0,03
Lam	1997	94	Hong Kong	3,75	2,65	1,10	3,59	4,09	-0,50	3,30	4,10	-0,80	3,52	4,26	-0,74	2,66	3,81	-1,81
Abousi et al	2013	250	Gana	3,47	4,20	-0,73	3,30	4,14	-0,84	3,36	4,13	-0,77	3,49	4,19	-0,70	3,46	4,16	-0,70
Zarei et al	2012	983	İran	4,18	4,95	-0,76	4,04	4,94	-0,90	-	-	-	4,04	4,94	-0,90	3,89	4,87	-0,98
Anderson	1995	431	Amerika	4,13	4,32	-0,19	4,28	4,60	-0,32	4,09	4,40	-0,31	4,23	4,67	-0,44	4,29	4,40	-0,11
Has vd.	2018	200	Türkiye	4,64	4,48	0,16	4,60	4,37	0,23	4,60	4,42	0,18	4,72	4,55	0,17	4,49	4,28	0,21
İmamoğlu	2018	626	Türkiye	6,05	8,15	-2,10	5,85	8,22	-2,37	5,78	8,07	-2,29	5,80	8,09	-2,29	5,76	7,88	-2,12
Rohini and Mahadevappa	2006	500	Hindistan	5,44	5,81	-0,37	5,50	5,90	-0,40	5,63	5,89	-0,26	6,24	6,34	-0,10	5,46	5,78	-0,32

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularından elde edilen verilere göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Bu araştırmanın en önemli sonucu, araştırma yapılan hastanede hasta beklentilerinin algıların yüksek olmasıdır. Beklenen ve algılanan hizmet kalite ölçeği ile ilgili elde edilen verilere SERVQUAL skorlarının boyutlara göre değerlendirilmiştir. SERVQUAL skor hesaplaması sonucu elde edilen verilere göre, “güvenirlilik” skor boyutu -1,07, “somutluk” -1,03, “empati” -0,88, “cevap verilebilirlik” 0,48, “güvence” ise -0,47 olarak tespit edilmiştir. Eşit ağırlıklı SERVQUAL skorların (SQE) hesaplanması sonucu, -0.79 olarak tespit edilmiştir.
2. Araştırmada boyutlar bazında SERVQUAL skorlarının negatif olması hastaneden sunulan hizmetlerin hastanın beklentilerini olarak tam karşılayamadığını göstermektedir. Ancak ölçekte yer alan “bu hastaneden gelecekte yeniden hizmet almayı düşünürüm” ve” bu hastaneyi yakınlarıma ve arkadaşlarıma tavsiye ederim” sorusuna katılımcıların çoğunun olumlu cevabı verdiği tespit edilmiştir.
3. SERVQUAL skorlarındaki farklılıkların nedeni arasında eğitim seviyesi düşük olanların verdiği cevaplardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çünkü anket yapılan katılımcıların %37’si ilköğretim ve altı bir eğitime sahiptir.
4. Araştırma yapılan ilde şehir hastanesinin yeni açılması nedeni ile ölçekte yer alan boyutlarda hastaların beklentilerinin artırdığını düşünülmektedir. Ayrıca araştırma yapılan hastanenin üçüncü basamak olması nedeniyle hastaların beklentileri daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.
5. Yapılan frekans analizinde yatarak hizmet alan bireylerin %42,7’sinin 46 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu, eğitim düzeyleri açısından çoğunluğun ilköğretim mezunu olduğu (%37) ve medeni duruma açısından büyük çoğunluğun %72,2 evli olduğu, meslek durumuna bakıldığında araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu, bireylerin %70,8’nin Isparta’da ikamet ettiği, gelir durumuna bakıldığında ise, %34,3’nün 1501-2250 TL arası gelire sahip oldukları saptanmıştır.
6. Araştırma kapsamında bireylerin %42,4’nün 5 ve üzeri defa hastaneden hizmet aldıkları ve %50,5’nin 5 ve üzeri gün bu hastaneden hizmet aldıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların %72,7’sinin tedavi için ve %24,9’nun refakatçi olarak bu hastaneden hizmet aldıkları, Türkiye’de ve bulunulan ilde hastane denince akıllara ilk gelen

hastanenin Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, hem Türkiye’de hem de bulunulan ilde akla gelen ilk hastane olduğu, Türkiye sıralamasında Isparta Şehir Hastanesi %25 oranla 6. sırada yer alırken, bulunulan ilde %20 oranla 2. sırada tercih edilen hastane olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple şehir hastanesinin yeni açılmış olması ve ülke genelinde yeni yeni tanınmaya başladığı için Türkiye genelinde bilinmediği ileri sürülebilir. Türkiye ve bulunulan ilde ilk akla gelen hastane olma sebebine bakılınca, Türkiye’de tatmin edici hizmet olması, bulunulan ilde ise memnuniyet akla ilk gelen sebepler olarak nitelendirilmektedir.

7. Katılımcıların hizmet aldığı birime bakılınca, %13,5’nin dâhiliye servisinde hizmet aldığı ve daha sonra %11,6’sının kardiyoloji, %10,5’i ortopedi servisinde hizmet aldığı saptanmıştır. Bu da en çok ölümlere sebep olan hastalık sıralamasında Dâhiliye ve kardiyoloji vakaların büyük çoğunlukta olduğu düşünülebilir.
8. Yaş, ikamet edilen yer, eğitim, hanedeki kişi sayısı ve meslek durumuna göre hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
9. Araştırmaya katılanların hastaneyi tercih nedenleri incelendiğinde, memnuniyet (%22), tatmin edici hizmet (%16), güven (%14), modern ve teknik kalite (%12), yakın olması (%12), tavsiye (%6) dolayısı ile tercih edildiği tespit edilmiştir. Hastane tercih nedenlerine göre SERVQUAL skorlarında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir.
10. Katılımcıların demografik özellikleri boyutlar bazında incelendiğinde, beklenti ölçeğinde “hastanedeki teçhizatların modern olması”, algı ölçeğinde ise “hastanedeki çalışanlar kibar davranırlar”, ifadelerinin en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Beklenti ölçeğinde ise “hastane çalışanlarının hastanın ihtiyaçlarının ne olduğu bilmelerini beklemek gerçekçi değildir”, algı ölçeğinde ise “hastanenin, müşterilerine özel ilgi göstermesi beklenemez”, önermelerinin düşük düzeyde ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.
11. Bu araştırma Türkiye’de sağlık sektöründe SERVQUAL ölçeği uygulanarak elde edilen araştırma sonuçlarının karşılaştırılması ve hizmet sektörünün hizmet kalitesini geliştirmeye yönelik planlama ve stratejilerinin oluşturulması açısından faydalı verilebilir.

12. SERVQUAL skor hesaplaması sonucu elde edilen verilere göre, “güvenirlilik” skor boyutu -1,07 ile en yüksek değerdir. Bu boyutta hastaların aslında; hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmesi, kayıtların doğru ve titiz tutulmasını, hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini hastalarına bildirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu araştırmada özellikle araştırma yapılan hastanede sağlık hizmeti sunumunun çok uzun sürmesi, yatış süresinin diğer hastanelere uzun olması hastada güven boyutunda negatif bir değer çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.
13. Somutluk skor boyutu -1,03 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç hastanedeki teçhizatlar, otelcilik hizmetleri, binanın yapısı ve çalışanların giyim kuşamlarıyla vb. fiziki özellikler ile ilgili hastaların daha yüksek beklentileri bulunduğunu ifade edilmektedir.
14. Hizmet kalitesi boyutlarında (somutluk, güvenirlilik, cevap verilebilirlik, güvence ve empati) katılımcıların algı ve beklenti ölçeğinin tüm boyutlarında cinsiyete, medeni duruma, meslek türüne, yaş, eğitim, ikamet edilen yer ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak birkaç demografik değişkende genellikle “güvenirlilik” ve “güvence” boyutları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
15. Katılımcıların tatmin düzeyi ile hizmetlerin “somutluk” ($r=0,520$; $p<0,001$), “güvenirlilik” ($r=0,613$; $p<0,001$) güvence ($r=0,528$; $p<0,001$) arasında orta, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunur iken “empati” boyutuna ilişkin algıları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,129$; $p<0,05$). Ayrıca katılımcıların tatmin düzeyi ile algılanan hizmet kalitesine ilişkin özelliklere göre orta, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,568$; $p<0,001$).
16. Katılımcıların hastanenin sunmuş olduğu hizmetlere ilişkin “somutluk”, “güvenirlilik” ve “güvence” algılarının tatmin düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemek üzere yapılan regresyon analiz sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=51,373$; $p=0,000<0,05$). Tatmin düzeyi ile “somutluk”, “güvenirlilik”, “cevap verilebilirlik”, “güvence” ve “empati” boyutlarının ilişkisinin çok güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0,414$). Katılımcıların sağlık hizmetine ilişkin “somutluk” özellikleri algısı, almış oldukları hizmetten duydukları tatmini artırmaktadır ($\beta=0,132$). Katılımcıların sağlık hizmetine ilişkin “güvenirlilik” algısı, almış oldukları hizmetten duydukları tatmini artırmaktadır ($\beta=0,386$). Katılımcıların sağlık hizmetlerine ilişkin “cevap

verilebilirlik” özellikleri algısı, sunulan hizmetten duydukları tatmini etkilememektedir ($p=0,224>0,05$). Katılımcıların sağlık hizmetine ilişkin “güvence” özellikler algısı, sunulan hizmetlerden duyulan tatmini artırmaktadır ($\beta=0,198$). Katılımcıların sunulan hizmetlere ilişkin “empati” özellikleri algısı ise sunulan hizmetlerden duyulan tatmini artırmamaktadır ($p=0,081>0,05$).

17. Katılımcıların tatmin düzeylerinin belirleyicisi olarak genel hizmet kalite algısı ilişkisinin güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0,323$). Katılımcının genel hizmet algıları, hastaneden aldıkları hizmetten duydukları memnuniyeti artırmaktadır ($\beta=1,093$).

ÖNERİLER

Araştırma bulgularından elde edilen sonuçlara göre hastaların beklentilerinin daha iyi karşılanmasını ve hastanenin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik aşağıda belirtilen öneriler sunulmuştur:

1. SERVQUAL ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçme imkânı sağlaması, hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması, hizmet kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi, sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve rekabet avantajı elde etme açısından hastane yöneticileri için önemli bir yönetsel araç olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hastaneler, hastaların beklentileri ve sağlık hizmetine ilişkin algılamaları periyodik olarak ölçmelidir.
2. SERVQUAL ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçme imkânı sağlaması, hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve bu yöntemle algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlerin değerlendirilmesi, rekabet avantajı elde edilmesi açısından sağlık işletmeleri yöneticilerine önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu nedenle hastane işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi düzeyinin belirlenmesi, kalite iyileştirmede önemli araç olduğu düşünülmektedir.
3. Hastaneye başvuran hastaların %37'sinin ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. SERVQUAL skorları incelendiğinde, ilköğretim mezunlarının skorlarının diğer eğitim düzeylerine göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun ölçekte yer alan sorular hakkında bilgilerinin yetersizliğinden dolayı görsel ve işitsel içeriklerle hastalara erişilmelidir.

4. Araştırmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun asgari ücret ve altında bir gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastane yönetimi gelir grubu yüksek olan kitleyi hastaneye çekebilmek için birtakım çalışma yapması tavsiye edilir.
5. Tüm kurum çalışanlarına kalite ile ilgili eğitim ve seminerler verilerek hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.
6. Hastanede düzenli aralıklarla hasta ve çalışanların algılarını ölçmeye yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir.
7. Hastaların demografik değişkenlerin hizmet kalite boyutları bazında önemli bir farklılık yaratmadığı bu sebeple hastane yönetiminin konuyla ilgili yapacağı iyileştirmelerde bu değişkenleri aşırı derecede önemsememesi önerilmektedir.
8. Hastanelerde hasta beklenti ve algılamalarına yönelik derinlemesine analiz ve incelemeler yapılmalı ve elde edilen bulgular hastanenin stratejik planları dâhil tüm yönetsel kararlarında bir iyileştirme aracı olarak kullanılmalıdır.
9. Hastaların beklentileri ve hizmete ilişkin algılamaları periyodik olarak ölçülmelidir. Hastane yöneticileri, hastanelerde kalite alanında çalışan personel ve sağlıkta kalite alanında çalışan akademisyenler için de sonuçların yararlı olacağı düşünülmektedir.
10. Hastane çalışanları ile ilgili kalite, hasta tatmini, hasta iletişimi ve hastane tercihi ile ilgili hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.
11. Çalışanların iş yükü hafifletilmeli, hastanede kalifiye personel istihdam edilmeli, sistem ve personel hataları en düşük seviyeye indirilmelidir.
12. Hastanenin organizasyon yapısı; yalın ve yatay, hiyerarşi ve kademelerin azaldığı, iletişime açık, takım çalışmalarına yatkın hale getirilmelidir.
13. Kamu hastanelerinde özel hastaneler olduğu gibi hastaların bayram, doğum günü, özel günlerinde mesaj atılarak hastane hakkında kalite algısını artırılmalıdır.
14. Bu araştırmadan sonra yapılacak çalışmalarda birden çok hastane karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- Aktan, C.C. ve Saran, U., (2007), “**Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları**”, İstanbul.
- Aaker, D.A., (2009a), (çeviren: Erdem Demir), “**Güçlü Markalar Yaratmak**”, MediaCat Yayınevi, İstanbul.
- Aaker, D.A., (2009b), (Çeviren: Ender Orfanlı), “**Marka Değeri Yönetimi: Bir Marka İsminin Değerinden Yararlanmak**”, MediaCat Yayınevi, İstanbul.
- Anheier, H.K. (2005), “**Nonprofit Oarganization: (Teory, Management, Policy)**”, Routledge Taylor and Francis Group, London an New York.
- Albayrak, A.S., (2006), “**Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri Teknikleri**”, Asil Yayıncılık, Ankara.
- Alpar, R., (2010), “**Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenilirlik**”, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Barlı, Ö., (2010), “**Davranış Bilimleri ve Örgütlerde Davranış**”, Genişletilmiş ve Geliştirilmiş 4. Basım, Aktif Yayınevi, İstanbul.
- Bal, H., (2001), “**Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri**”, Süleyman Demirel Üniversitesi Yayıncılık, Yayın No: 20, Isparta.
- Berkowitz, E.N., (2011), “**Essentials of Health Care Marketing**”, Jones and Bartlett Learning, 3. Basım, Kanada.
- Bulutoğlu, K., (2004), “**Kamu Ekonomisine Giriş: Demokraside Devletin Ekonomik Bir Kuramı**”, Batı Türkeli Yayıncılık, İstanbul.
- Can, H. ve Güney, S., (2011), “**Genel İşletme**”, 2. Basım, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Cihanlioğlu, Z., (2012), “**Sağlık Sosyolojisi**”, Nobel Yayıncılık, 3. Basım, Ankara.
- Cemalcılar, İ., (1999), “**Pazarlama Kavramlar-kararlar**”, Beta Yayıncılık Dağıtım Şirketi, İstanbul.
- Coşkun, A. ve Akın, A., (2009), “**Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi**”, Seçkin Yayınevi, Ankara.
- Dalrymple, D.J. and Parsons, L.J. (1995), “**Marketing Management: Text and Cases**”, John Wiley and Sons, Inc., 6. Basım, New York.
- Daşdemir, İ., (2016), “**Bilimsel Araştırma Yöntemleri**”, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

- Dinçer, Ö., (1998), “**Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**”, İstanbul; Beta Basım Dağıtım A.Ş. , 5. Basım, İstanbul.
- Dursun,Y., ve Çerçi, M., (2005), “**Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma**”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Sayı: 23, Erciyes.
- Ertuğrul, İ., (2014), “**Toplam Kalite Kontrol (Kalite Güvenliği ve ISO 9000 Standartları Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Bir İşletme Uygulaması)**”, Ekin Yayınevi, 3. Basım, Bursa.
- Efil, İ., (2010), “**Toplam Kalite Yönetimi**” Dora Basım Yayın Dağıtım, 7. Basım, Bursa.
- Erdil,T.S., ve Uzun Y., (2009), “**Marka Olmak**”, Beta Yayınevi, 1. Basım, İstanbul.
- Fişek, N.H., (1985), “**Halk Sağlığına Giriş**”, Çağ Matbaası, Ankara.
- Grabar, M., (2011), (Çeviren: Pınar Şengözer), “**Yalın Hastane: (Kalite, Hasta Güvenliği ve Çalışanın Memnuniyetini Artırmak)**”, Optimistik Yayınevi, İstanbul.
- Güredin, E., (1994), “**Denetim**”, 6. Basım, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- İslamoğlu, A.H., (1995), “**Hizmet Pazarlamasında Ürün Politikaları**”, Pazarlama Dünyası, Yıl:9, Sayı:50, Mart – Nisan, Ankara.
- İçöz, O., (2005), “**Hizmet Pazarlaması**”, Turhan Kitapevi Yayınları; Ankara.
- İslamoğlu A.H., Candan, B., Hacıefendioğlu, Ş. ve Aydın, K., (2006), “**Hizmet Pazarlaması**”, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Juran, J.M., and Godfrey, A.B., (1998), “**Juran’s Quality Handbook**”, McGraw-Hill Library Of Congress Cataloging- In Publication Data, 5. Bölüm, ABD.
- Karahan, K., (2006), “**Hizmet pazarlaması**”, Beta Yayıncılık, 2. Basım, İstanbul.
- Karagöz, Y., (2016), “**SPSS ve AMOS Uygulamalı İstatistik Analizler**”, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım, S., (2012), “**Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**”, Ankara; 2. Baskı (Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 3. Basım), Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kaya, S., (2005a), “**Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**”, Pelikan Yayınevi, Ankara.
- Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. ve Yılmaz, A., (2005b), “**Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi**”, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını (Açıköğretim Üniversitesi), Yayın No: 2864, Eskişehir.

- Kaptanoğlu, A.Y., (2012), “**Sağlık Yönetimi**”, Beşir Kitapevi, İstanbul.
- Koç, E., (2008), “**Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri (Global ve Yerel Yaklaşım)**”, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara.
- Kozak, N., Özel, Ç.H. ve Yüncü, D.K., (2011), “**Hizmet Pazarlaması**” Detay Yayıncılık, Ankara.
- Langley, G.J. et al., (2009), “**The Improvement Guide; A Practical Approach To Enhancing Organizational Performance**”, Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2. Basım, Wiley.
- Marşap, A., (2014), “**Sağlık İşletmelerinde Kalite: Sağlıkta Kalite Sistemleri ve Sağlıkta Mükemmeliyet Süreklilik**”, Beta Yayınevi, İstanbul.
- Mutlu, A. ve Işık, A.K., (2012), “**Sağlık Ekonomisine Giriş**”, Ekim Yayın Dağıtım, 3. Basım, Bursa.
- Norusis, M.J., (2002), “**SPSS 11.0 Guide to Data Analysis**”, Prentice Hall, upper Saddle River, New Jersey.
- Örs, H., (2007), “**Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite**”, Gazi Kitapevi, Ankara.
- Özalbant, Z., (2010), “**Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama**”, Afyon Koca Tepe Üniversitesi Yayını, Yayın No: 77, Afyon.
- Özdamar, K., (1999), “**Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi**, Kaan Kitapevi, Eskişehir.
- Öztürk, S.A., (2003), “**Hizmet Pazarlaması**”, İstanbul; Ekin Kitapevi, 4. Basım, İstanbul.
- Öztürk, Y. ve Günay, O., (2011), “**Halk Sağlığı (Genel Bilgiler)**”, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 172, Kayseri.
- Özevren, M., (1997), “**Toplam Kalite Yönetimi: Temel Kavramlar ve Uygulamalar**”, Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Robbins, S.P. (1998), “**Organizational Behavior, Amerika**”, Prentice Hall Upper Saddle River, 8. Basım, New Jersey.
- Sekaran, U., (2001), “**Research Methods For Business: A Skill- Building Approach**”, New York, Wiley.
- Schulz, A. and Johnson S.A. (2003), “**Management of Hospitals and Health Services**”: Strategic Issues and Performance, BeardBooks, Washington, D.C.
- Süer, İ., (2014), “**Pazarlama İlkeleri**”, Ankara; Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Şirketi TİC. LTD. ŞTİ., Ankara.

- Şimşek, M. (2004), “**Toplam Kalite Yönetimi**,” Alfa Yayınevi, 4. Basım, İstanbul.
- Tabachnick, B.G. and Fidell L.S., (2007), “**Using Multivariate Statistics**”, Pearson International Edition, 5. Basım, Amerika.
- Tengilimoğlu, D., Akpolat, M. ve Işık, O., (2015), “**Sağlık İşletmeleri Yönetimi**”, Nobel Yayıncılık (Gözden Geçirilmiş 7. Basım), Ankara.
- Tengilimoğlu, D., (2012), “**Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**”, Siyasal Kitapevi (Gözden Geçirilmiş 2. Basım), Ankara.
- Ünal, E., (2013), “**Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**”, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
- Yükselen, C., (2010), “**Pazarlama: İlkeler-Yönetim-örnek olaylar**”, Detay Yayıncılık, 8. Basım, Ankara.
- Yükselen, C. (2003), “**Pazarlama: İlkeler-Yönetim**”, Detay Yayıncılık, 4. Basım, Ankara.

MAKALELER

- Abousi, A.A. and Atinga, R.A., (2013), “**Service Quality in Healthcare Institutions: Establishing The Gaps For Policy**”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Cilt. 26, Sayı. 5, ss. 486.
- Akinci, S., İnan, E. A., Aksoy, Ş., Büyükküpcü, A., (2009), “**Pazarlama Literatüründe Hizmet Kalitesi Kavramının Dünü ve Bugünü**”, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 27, Sayı: 2, ss. 64.
- Aksoy, R., (2005), “**Zonguldak’ta Ayakta Tedavi Tüketicilerin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi**”, Z.K.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt. 1, Sayı. 1, ss. 98.
- Aslantekin, F., Gökteş, B., Uluşen, M., Erdem, R., (2005), “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği**”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt. 2, Sayı: 6, ss. 59-68.
- Andaleep, S.S., (2001), “**Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospital in a Developing Country**”, Social Science and Medicine, Cilt. 52, ss. 1360.
- Anderson, E.A., (1995), “**Measuring Service Quality Of A University Health Clinic**”, International Journal Of Health Care Quality Assurance, Cilt. 8, Sayı. 2, ss. 35.
- Arısan, Y. ve Devebakan, N., (2016), “**Sağlık İşletmeleri’nde Çalışanların Sunulan Hizmetlere Yönelik Kalite Algısı İzmir’de Bir Devlet Hastanesinde Araştırma**”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt. 30, Sayı. 3, ss. 514.

- Atan, M., Baş, M., ve Tolon, M., (2006), “**SERVQUAL Analizi İle Migros ve Gima SüperMarketlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Araştırması**”, Ankara; Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 7/2, ss. 164.
- Adil, M., Ghaswyeh, O.F.M.A. and Albkour, A.M. , (2013), “**SERQUAL And SERVPERF: A Review Of Measures İn Service Marketing Research**”, Global Journal Of Management And Business Reseach Marketing, Cilt. 13, Sayı. 6, ss. 69.
- Aytekin, S. vd., (2012), “**Yeni Kurulmakta Olan Bir Üniversite Hastanesi’nde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü: Balıkesir İli Örneği**”, Uludağ Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt. 31, Sayı. 2, ss. 168-170.
- Babakus, E. and Mangold, W.G., (1992), “**Adapting The SERVQUAL Scale To Hospital Service : An Empirical İvestigation**”, Health Service Research, Cilt. 6, Sayı. 26, ss. 767-770.
- Bayhan, B., ve Devedakan, N., (2015), “**Hemodiyaliz Biriminden Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Algısı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği**”, Uluslararası Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, Cilt. 8, Sayı. 41, ss. 1140.
- Baysal, M.E., Sarucan, A. ve Avcı, E.O., (2012), “**Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde SERVQUAL Metodu Yardımıyla Sağlık Hizmeti Alan Müşterilerin Beklentilerinin Analizi**”, S.Ü. Müh.-Mim. Fak. derg. No: 27, ss. 43-45.
- Berman, P. Et al., (2011), “**İmproving The Delivery Of Health Service: A Guide To Choosing Strategies**”, The İnternational Bank for Reconstruction And Development/The World Bank, ss. 1.
- Bitner, M.J. , Booms, B.H. , Tetreault, M.S. , (1990), “**The Service Encounter: Diagnosing Favorable And Unfavorable İncidents**”, Journal of Marketing, Cilt. 54, ss. 73.
- Bircher, J., (2005), “**Towards A Dynamic Definon of Health An Desease**”, Medicine Health Care And Philosophy. ss 17.
- Buttle, F.A., (1996), “**SERVQUAL: Review, Critique**”, Research Agenda, European Journal Of Marketing, Cilt. 30, Sayı. 1 ss. 10-11.
- Butt, M.M. and Run E.C., (2010), “**Private Healthcare Quality: Applying a SERVQUAL Model**”, İnternational Journal Of Health Care Quality Assurance, Cilt. 23, Sayı. 7, ss. 662.
- Bozhüyük, A. vd., (2012), “**Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, Turkish Journal of Famirly Medicine and Primary Care**”, Cilt. 6, Sayı. 1, ss. 13.

- Chakravarty, C.A., (2011), **“Evaluation Of Service Quality Of Hospital Outpatient Department Service”**, Department Of Hospital Administration, Cilt. 67, Sayı. 3, ss. 222.
- Cheng, S.H., Weir, Y.J and Chang, H.J., (2006), **“Quality Competition Among Hospitals: The Effect of Perceived Quality and Perceived Expensiveness on Health Care Consumers”**, American Journal of Medical Quality, Cilt. 21, Sayı. 1, ss. 74.
- Chowdhury, M.U., (2009), **“Customer Expectations And Management Perceptions In Healthcare Service Of Bangladesh: An Overview”**, Journal Of Service Research, Cilt No. 8, Sayı. 2, ss. 134-135.
- Christian Grönroos, (1984) **“A Service Quality Model and its Marketing Implications”**, European Journal of Marketing, Cilt 18, Sayı. 4, ss. 39-40.
- Dean, M., (1999), **“The Applicability Of SERVQUAL in Different Health Care Enviroments”**, Health Marketing Quarterly, Cilt. 3, Sayı. 16, ss. 10.
- Demirer, Ö., ve Bülbül, H. , (2014), **“Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analizi”**, Amme İdaresi Dergisi, Cilt. 47, Sayı. 2, ss. 119.
- Devebakan, N., ve Aksayarlı, M., (2003), **“Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması”**, D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt No: 5, ss. 45-47.
- Derin, N. ve Demirel, T., (2013), **“Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması”**, İnternational Journal of Social Science, Cilt. 6, Sayı. 2, ss. 1123.
- Dikmen, F.C., Yıldırım, S. and Bakkal, S., (2014), **“Investigating Functional Health Service Quality In A Private Hospital : An Implementations in Kocaeli”**, İnternational Journal Of Social Science, Sayı: 27, ss. 429-430.
- Duggal, S.S., (2015), **“Service Quality Models: A Review”**, İnternational Journal Of 360 Management Review, Cilt. 3, Sayı. 2, ss. 2.
- Donabedian, A., (2005), **“Evaluatin The Quality Of Medical Care”**, The Milkbank Quarterly, Cilt. 83, Sayı. 4, ss. 692.
- Eleren, A., ve Kılıç, B., (2007), **“Turizm Sektöründe SERVQUAL Analizi ile Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Termal Otelde Uygulama”**, Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt. 9, Sayı.1, ss. 258.
- Ersöz, S., Pınarbaşı, M., Tükker, A.K. ve Yüzükırmızı, M., (2009), **“Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Metodu İle Ölçümü Ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modeller İle Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması”**, Int.J.Eng.Research and Development, Cilt. 1, Sayı.1, ss. 20.

- Gabbott, M. and Hogg, G. , (1994), **“Uninformed Choice: Investigation of Evaluative Criteria In U.K. Primary Health Care Uncovers Market Segments But No One to Target Them”**, Journal of Health Care Marketing, Cilt:14, Sayı. 3, ss. 30.
- Gülmez, M., (2005), **“Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama”**, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt. 6, Sayı. 2, ss. 156.
- Grönroos, C., (1998), **“Marketing Service: The Case of A Missing Product”**, Journal Of Business And Industrial Marketing, Cilt. 13, Sayı. 4, ss. 329.
- Grönroos, C., (2007), **“A Service Quality Model and Its Marketing Implications”**, Emerald Backfiles, ss. 39-40.
- Grapentine, T., (1999), **“The History And Future of Service Quality Assessment: Connecting Customer Needs and Expectations to Business Processes”**, Marketing Research, Cilt. 11, Sayı. 4, ss. 1-18.
- Has, L., Aba, G. and Ateş, M., (2018), **“Service Quality Healthcare Service: an Application in Private Dental Clinic”**, International Journal of Health Service Research and Policy, Cilt. 1, ss. 17.
- Işık, O., (2016), **“Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi”**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt. 19, Sayı. 1, S. 65.
- Jain, S.K. and Gupta, G., (2004), **“Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. Serperf Scales”**, Vikalpa, Cilt. 29, Sayı. 2, ss. 28.
- Kaya, S., Yiğit, Ç., Peker, S., ve Cankul, H. İ., (2003), **“Bir Askeri Hastanenin Dâhiliye Polikliniğini Kullanan Hastaların Kalite Algıları”**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt. 6, Sayı. 1, ss. 90-91.
- Kayral, İ.H., (2014), **“Perceived Service Quality in Healthcare Organizations and a Research in Ankara by Hospital Type”**, Institute of Social Science, Cilt. 2, Sayı. 1, ss. 23.
- Kerssens, J.J., Bensing, J.M. and Andela, M.G. , (1997), **“Patient Preference for Gender of Health Professionals”**, Soc. Sci. Med. , Cilt. 44, Sayı. 10, ss. 1531.
- Kilbourne, W.E., vd., (2004), **“The Applicability of SERVQUAL in Cross-National Measurrments of Health-Care Quality”**, Journal of Service Marketing, Cilt. 18, Sayı. 7, ss. 524.
- Korkmaz, S. ve Çuhadır, U., (2017), **“Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”**, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratesjileri Araştırma Dergisi, Cilt. 3, Sayı. 1, ss. 77.

- Kulasin, D. and Santos, J.F., (2005), **“Review of the SERVQUAL Concept”**, 4. Research/Expert Conference with International Participation, “Quality 2005”, ss. 138.
- Ladhari, R., (2009), **“A Review of Twenty Years of SERVQUAL Research”**, International Journal of Quality and Service Science, Cilt. 1, Sayı. 2, ss. 189.
- Lam, S.S.K., (1997), **“Serqual: A Tool for Measuring Patients Opinions Of Hospital Service Quality In Hong Kong”**, Total Quality Management, Cilt. 8, Sayı. 4, ss. 148.
- Lee, H. and Kim, C., (2014), **“Benchmarking of Service Quality with Data Envelopment Analysis”**, Expert Systems With Applications (41), ss. 3762.
- Lee, M.A. and Yom, Y.H., (2007), **“A Comparative Study of Patients’ and Nurses’ Perception of The Quality of Nursing Service Satisfaction and, Intent to Revisit the Hospital: a Questionnaire Survey”**, International Journal of Nursing Studies, Cilt. 44, ss. 550-551.
- Lim, P.C. and Tang, N.K.H. , (2000), **“A Study of Patients Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals”**, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol: 7, No: 13, ss. 291.
- Lin, H.C., Xirasagar, S. and Laditka, J.N. , (2004), **“Patient Perceptions of Service Quality in Group Versus Solo Practice Clinics”**, International Journal for Quality in Health Care, Cilt No: 16, Sayı: 6, ss. 437.
- Lin, D.J. et al., (2009), **“Chronic Kidney- Disease Screening Service Quality: Questionnaire Survey Research Evidence From Taichung City”**, BMC Health Service Research (Biomed Central), ss. 8.
- Matzler, K., and Hinterhuber, H.H., (1998), **“How to Make Product Development Projects More Successful by Integrating Kano’s Model of Customer Satisfaction into Quality Function Deployment”**, Technovation, Cilt. 18, Sayı. 1, ss. 34-35.
- Meterko, M., Mohr, D.C. and Young, G.J., (2004), **“Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals”**, Medical Care, Cilt. 42, Sayı. 5, ss. 492.
- Morrison, M., Murphy, T., and Nalder, C., (2003), **“Consumer Preferences for General Practitioner Service”**, Health Marketing Quarterly, Cilt:3, No: 20, ss. 10.
- Nelson, E.C., (1992), **“The Physician and Employee Judgement System: Reliability and Validity of a Hospital Quality Measurement Method”**, Quality Review Bulletin, 18(9), ss. 284.
- Olga, P. and Mohammed, M., (2015), **“Perceived Service Quality Models: Are You Still Relevant?”**, The Marketing Review, Cilt. 15, Sayı. 1, ss. 6.

- Oyar, Z.B., Aşçı, F. H., Çelebi, M ve Mülazımoğlu,Ö., (2006), “**Spora Katılım Güdüsü Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**”, Spor Bilimler Dergisi, Cilt. 2, Sayı. 12, ss. 25.
- Özgüven, N., (2008), “**Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma Sektörü Üzerinde Bir Uygulama**”, Ege Akademik Bakış, Cilt. 8, Sayı. 2, ss. 653, 653-655.
- Öztürk, Y.E., (2014), “**Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi**”, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, Cilt. 3, Sayı. 4, ss. 1081.
- Patrick, D.L., Bush, J.W. ,Chen, M.M. , (2017), “**Toward and Operational Definition of Health**”, American Sociological Association, Cilt. 14, Sayı. 14, ss. 7.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L., (1985), “**A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**”, American Marketing Association, Journal of Marketing, Cilt. 49, ss. 46-49.
- Parasuraman, A.P., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1991), “**Understanding Customer Expections of Service**”, Sloan Management Review, Sayı. 3, ss. 42.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L., (1988), “**SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality**”, Journal Of Retailing, Cilt. 64, Sayı. 1, ss. 17-23.
- Peprah, A.A. and Atarah, B.A., (2014), “**Assesing Patient’s Satisfaction Using Service Model: A Case of Sunyani Ragional Hospital**”, International Journal of Business and Social Research, Cilt. 2, ss. 139.
- Piligrimiene, Z. and Buciuniene, I., (2008), “**Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible?**”, Economics of Engineering Decitions, Engineering Economics, Cilt. 1, Sayı. 56, ss. 105.
- Pheng, L.S. and Rui, Z., (2016), “**Service Quality for Facilities Management in Hospitals**”, Springer Science+Business Media Singapor, ss. 36-37, 28, 39-40.
- Polland, S., Goodman, A.C. and Stone, M. (2013), “**The Economics of Health and Health Care**”, Seventh Edition, New Jerdey: Pearson Prentice, ss. 12.
- Rahman, S., Erdem, R. ve Devedakan, N., (2007), “**Hizmet Kalitesinin Serqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ’daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma**”, D.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt. 9, Sayı. 3, ss. 38-45.
- Reeves, C.A. ve Bednar, D.A., (1994), “**Defining Quality: Alternative and Implications**”, Academy of Management Review, Cilt. 19, Sayı. 3, ss. 419.
- Rohini, R. and Mahadevappa, B., (2006), “**Service Quality in Bangalore Hospitals: an Empirical Study**”, Journal of Service Research, Cilt. 6, Sayı. 1, ss. 60.

- Stauss, B. and Weinlich, B., (1997), “**Process-oriented Measurement of Service Quality: Applying the sequential incident technique**”, European Journal of Marketing, Cilt. 31, Sayı. 1, ss. 34-36.
- Suarez, G., (1992), “**Three Experts on Quality Management: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran**”, TQLO Publication, Cilt. 92, Sayı. 2, ss. 2.
- Şahin, A. ve Şen, S., (2017), “**Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi**”, Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi, Cilt. 10, Sayı. 52, ss. 1181.
- Tai, W.T.C., Porrell, F.W. and Adams, E.K., (2004), “**Hospital Choice of Rural Medicare Beneficiaries: Patient, Hospital Attributes, and the Patient-Physician Relationship**”, Health Service Research, Cilt. 6, Sayı. 1, ss. 1905-1906.
- Tan, M. ve Patır, S., (2017), “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirmesi Bingöl Devlet Hastanesi’nde Uygulama**”, Journal of Current Researches on Health Sector, Cilt. 7, Sayı. 2, ss. 35.
- Turner, P.D. and Pol, L.G. , (1995), “**Beyond Patient Satisfaction: Broaden the Scope of Quality Measurement by Integrating the Marketing View with Other Perspectives**”, Journal of Health Care Marketing, Cilt. 15, Sayı. 3, ss. 45.
- Vahey, D.C. vd., (2004), “**Nurse Burnout and Patient Satisfaction, Medical Care**”, Cilt. 42, Sayı. 2, ss. 58.
- Varkevisser, M. and Geest, S.A.V.D., (2007), “**Why do Patients Bypass the Nearest Hospital?**”, An Empirical Analysis for Orthopedic Care and, Neurosurgery in the Netherlands, Eur J. Health Econ, Cilt. 8, ss. 287-288.
- Veillard, J., vd., (2005), “**A Performance Assessment Framework For Hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH Project**”, International Journal For Quality In Health Care, Cilt. 17, Sayı. 6, ss. 488.
- Wisniewski, M. and Wisniewski, H., (2005), “**Measuring Service Quality in a Hospital Colposcops Clinic**”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Cilt. 18, Sayı. 3, ss. 218, 220.
- Wylie, C., M., (1970), “**The Definition and Measurement of Health And Disease**”, Public Health Reports, Cilt. 85, Sayı. 2, ss: 103.
- Wong, J.C.H., (2002), “**Service Quality, Measurement in a Medical Imaging Department**”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Cilt. 15, Sayı. 5, ss. 208.
- Yarimoğlu, E.K., (2014), “**A Review on Dimensions of Service Quality Models**”, Journal of Marketing Management, Cilt. 2, Sayı. 2, ss. 81.

- Yağcı, İ., ve Duman, T., (2006), “**Hizmet Kalitesi- Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması**”, Doğu Üniversitesi Dergisi, Cilt. 7, Sayı. 2, ss.226.
- Yıldız, S.M., (2009), “**Katılma Dayalı Spor Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi Modelleri**”, Ege Akademik Bakış/ Ege Academic Review, Cilt. 9, Sayı. 4, ss. 1216.
- Yücenur, G.N., vd., (2011), “**Hizmet Değerinin Müşterilerin Davranışsal Niyetleri Üzerindeki Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli ile Ölçülmesi**”, Doğu Üniversitesi Dergisi, Sayı: 12, ss. 157-158.
- Yücel, M., (2013), “**Toplam Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Analizi ile Ölçümü: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma**”, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt. 12, Sayı. 44, ss. 89.
- Zerenler, M. ve Öğüt, A., (2007), “**Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği**”, Konya; Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı. 18, ss. 504.
- Zarei, A. et al., (20012), “**Service Quality of Private Hospitals: The Iranian Patients’ Perspective**”, BMC Health Service Research, Cilt. 12, Sayı. 31, ss. 4
- Zeithaml, V.A., (1988), “**Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence**”, Journal of Marketing, Cilt. 52, ss. 4.

RAPOR VE DİĞER KAYNAKLAR

- Akdağ, R., (2012), “**Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003-2011)**”, T.C. Sağlık Bakanlığı, ss. 45-51.
- Akdur, R., (2003), “**Sağlık Sektörü Temel Kavramlar (Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu)**”, Ankara; Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Araştırma Dizisi No. 17, ss. 1-2.
- Brown, L.D., Franco, M. L., Rafeh, N., Hatzell, T., (1992), “**Quality Assurance of Health Care in Developing Countries**”, Quality Assurance Project, ss. 11.
- Çoruh, M. (1995), “**1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi: (1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu)**”, Ankara; Haberal Eğitim Vakfı. ss. 30, 229-230.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2009), “**Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları**”, Global Konferanslarda Bildiriler, 1. Baskı, Ankara, Sağlık Yayın No: 813 ss. 7.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, (2008), “**Büro Yönetimi ve Tıbbi Sekreterlik: Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri)**”, MEGEM (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Ankara, ss. 70.

TEZLER

Bulut, N., (2014), “**Hastane Hizmet Kalitesinin Engelli Vatandaşlar Açısından İncelenmesi**” (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Çağlar, N.G., (2016), “**Sağlık Turizminde İçsel Pazarlama Uygulamalarının Hizmet Kalitesine Etkisi**”, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Çuhadır, U., (2017), “**Hizmet Kalitesi ve Hizmeti Tekrar Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişki ve Sağlık Bilimler Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bir Araştırma**”, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Esin, İ., (2015), “**Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama**”, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Erdem, Ş. (2007), “**Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama**”, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temmuz, Edirne.

Eldem, E., (2009), “**Hizmet Sektöründe Servqual Analizi Kullanarak Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi Ve Bir Sağlık Kuruluşunda Bir Uygulama Denemesi**”, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Gelmez, M., (2016), “**Sağlıkta Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Uygulaması**”, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Gürsoy, A., (2013), “**Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması**” (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Harput, S., (2014), “**Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Beklenen Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi**” (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Has, L. , (2015), “**Özel Diş Kliniğine Başvuran Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği ile Değerlendirilmesine Yönelik Bir**

Çalışma", (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Işık, O. , (2011), **"Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi"**, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

İmamoğlu, Ö.P., (2018), **"SERVQUAL Boyutlarıyla Hastanedeki Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Üzerinde Uygulama"** (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Bülent Ecevit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak.

Oğuz, D., (2010), **"Hizmet Kalitesi ve Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Serqual Yöntemiyle Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama"** (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özatkan, Y., (2008), **"Hastane İşletmeleri'nde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği"** (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Karagöz, N.Y., (2010), **"Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi Kapsamında Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Analitik Bir Değerlendirme"** (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.

Kayral, İ.H., (2012), **"Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma"** (Yayımlanmış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kayhan, C., (2015), **"Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Hizmet Sunanlar ve Alanlar"**, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Manisa.

Kekeç, D. , (2008), **"Hizmet Kalitesi Ölçümünde SERVQUAL Ölçeği ve Otelcilik Sektöründe Bir Uygulama"**, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Köseoğlu, H., (2017), **"Ameliyathane Çalışanlarında İş Güvenliği ve İş gören Sağlığının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi: Malatya Devlet Hastanesi ve Özel Hastaneler Örneği"** (Yayımlanmış yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Saygı, H., (2015), **"Hastanelerde Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Analizi ile Ölçülmesi Ankara İlinde Özel Bir Hastanede Alan Araştırması"**, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.

Seyfullayev, H., (2015), **"Yüksek Öğretim Kurumlarında Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Ankara'da Kamu ve Vakıf Üniversitelerinde Bir Araştırma"**, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Ankara; Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Şarbak, M., (2009), “**Sağlık Müdürlüklerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nde Uygulama**”, (Yayımlanmış Yüksek Lisan Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Talih, D., (2008), “**Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Yabancı Dil Eğitim Kurumlarında Bir Uygulama (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Yıldız, G., (2009), “**Hizmet Sektöründe SERVQUAL Ölçeği ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Emniyet Müdürlüğünde Bir Uygulama**”, Dumlupınar Üniversitesi, Fen Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Yıldırım, O., (2016), “**Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin “SERVQUAL” Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama**”, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.



EKLER

EK: 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu

HİZMET KALİTESİ İLE HASTA ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma, Süleyman Demirel Araştırma ve Uygulama hastanesinin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin hasta perspektifinde oluşturduğu algı ve bu algının hasta tatmini üzerine etkisini araştırmayı hedeflemektedir. Anketlerden elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Vereceğiniz cevaplar her ne kadar objektif olursa, araştırma sonucu o ölçüde doğru olacaktır. Bu çalışma Doç. Dr. Vahit Yiğit'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Taner ABİŞ tarafından yürütülmektedir. İlginizden dolayı teşekkür ederim. (İletişim için: abistaner@gmail.com)

KİŞİSEL BİLGİLER:				
1. Mesleğiniz:				
Cinsiyet:		() Kadın	() Erkek	
2. Medeni Durum:		() Evli	() Bekâr	
3. Yaşınız:				
4. Yaşadığınız Yer:				
5. Aylık geliriniz (TL)				
() 0-750	() 751-1500	() 1501-2250	() 2251-3000	() 3000 ve üzeri
6. Eğitim Durumunuz:				
() İlköğretim	() Lise	() Ön Lisans	() Lisans	() Lisansüstü
7. Ailenizle birlikte yaşadığınız kişi sayısı				
() Yalnız yaşıyorum.	() 1-3	() 4-6	() 7-9	() 10 ve üzeri

HASTANE MARKA DEĞERİ İLE İLGİLİ SORULAR				
1. Türkiye’de hastane denince ilk olarak aklınıza gelen hastane hangisidir?				
Aklınıza niçin bu hastane gelmektedir?.....				
2. Bulunduğunuz ilde hastane denince ilk olarak aklınıza gelen hastane hangisidir?				
.....				
3. Isparta’da hangi hastanede tedavi olmak isterdiniz?.....				
Neden?.....				
4. Belirtiğiniz hastaneden daha önce hizmet aldınız mı?				
() Evet (cevabınız evet ise kaç defa)		() Hayır		
() 1 Defa	() 2 Defa	() 3 Defa	() 4 Defa	() 5 ve üzeri
5.Şu anda sağlık hizmeti aldığınız birim?.....				
6. Şu an sağlık hizmeti aldığınız bu hastanede yaklaşık ne kadar kaldınız?				
() 1 Gün	() 2 Gün	() 3 Gün	() 4 Gün	() 5 Gün ve üzeri
7. En son hastaneye hangi amaçla gittiniz?				
() Tedavi	() Refakatçi	() Hasta Ziyareti	() Personel Ziyareti	() İş

SDÜ HASTANESİNDEN BEKLENTİLER								
Bir vatandaş olarak bu hastaneden beklentileriniz nelerdir? Lütfen size uygun öncülü işaretleyiniz.								
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hastanenin teçhizatı modern olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
2	Hastanelerin binaları görsel olarak çekici olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
3	Hastanenin çalışanları iyi giyimli ve düzgün görünümlü olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
4	Hastane tesislerinin görünümü sunduğu hizmetin tipi ile uyumlu olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
5	Hastaneler teşhis ve tedavi hizmetlerini verdikleri randevu saatlerinde gerçekleştirmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
6	Hastanın bir problemi olduğu zaman, hastaneler bu problemin çözümünde sempatik ve güven verici olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
7	Hastaneler güvenilir olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
8	Hastaneler hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
9	Hastaneler kayıtlarını doğru şekilde tutmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
10	Hastanelerden müşterilerine Hizmetin ne zaman yapılacağını tam olarak söylemeleri beklenmemelidir.	7	6	5	4	3	2	1
11	Hastalar, hastane çalışanlarından hızlı hizmet sunmayı beklemesi gerçekçi değildir.	7	6	5	4	3	2	1
12	Hastane çalışanları hastalara yardım konusunda her zaman istekli olmak zorunda değildir.	7	6	5	4	3	2	1
13	Hastane çalışanları çok yoğun olsalar bile, hastaların isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermeleri uygundur.	7	6	5	4	3	2	1
14	Hastalar, hastane çalışanlarına güvenmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
15	Hastalar hastaneden aldıkları hizmetlere ilişkin işlemlerde çalışanlara güven hissetmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
16	Hastane çalışanları kibar olmalıdır.	7	6	5	4	3	2	1
17	Hastane çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için kurumları tarafından yeterince desteklenmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
18	Hastanenin müşterilerine özel ilgi göstermeleri beklenmemelidir.	7	6	5	4	3	2	1
19	Hastane çalışanlarının hastalara kişisel ilgi göstermeleri beklenemez.	7	6	5	4	3	2	1
20	Hastane çalışanlarının hastane ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmelerini beklemek gerçekçi değildir.	7	6	5	4	3	2	1
21	Hastanenin, hasta çıkarlarını ön planda tutması beklemek gerçekçi değildir.	7	6	5	4	3	2	1
22	Hastanenin çalışma saatlerinin tüm hastalarına uygun olması beklenmemelidir.	7	6	5	4	3	2	1

SDÜ HASTANESİNİN HİZMET KALİTESİ PERFORMANSI								
Kesinlikle Katılıyorum ←				→ Kesinlikle Katılmıyorum				
Almış olduğunuz hizmet sizi ne ölçüde tatmin etti?								
1	Hastane teçhizatları modernidir.	7	6	5	4	3	2	1
2	Hastanenin binaları görsel olarak çekicidir.	7	6	5	4	3	2	1
3	Hastanenin çalışanları iyi giyimli ve düzgün görünümlüdür.	7	6	5	4	3	2	1
4	Hastane tesislerinin görünümü sunduğu hizmet tipi ile uyumludur.	7	6	5	4	3	2	1
5	Hastane teşhis ve tedavi hizmetleri randevu saatinde gerçekleşmektedir.	7	6	5	4	3	2	1
6	Herhangi bir problem olduğunda, hastane bu problemin çözümünde sempatik ve güven vericidir.	7	6	5	4	3	2	1
7	Hastane güvenilirirdir.	7	6	5	4	3	2	1
8	Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.	7	6	5	4	3	2	1
9	Hastane, kayıtlarını doğru bir şekilde tutar.	7	6	5	4	3	2	1
10	Hastane, müşterilerine hizmetin ne zaman yapılacağını tam olarak söyleyemez.	7	6	5	4	3	2	1
11	Hastane personellerinden hızlı hizmet alınamaz.	7	6	5	4	3	2	1
12	Hastane çalışanları hastalara yardım etme konusunda her zaman istekli değildir.	7	6	5	4	3	2	1
13	Hastane çalışanları hasta isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermek için uğraşırlar.	7	6	5	4	3	2	1
14	Hastane çalışanları güvenilirirdir.	7	6	5	4	3	2	1
15	Hastaneden hizmet alan kişiler aldıkları hizmete ilişkin işlemlerde çalışanlara güven duyarlar.	7	6	5	4	3	2	1
16	Hastane çalışanları kibar davranırlar.	7	6	5	4	3	2	1
17	Hastane çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapmaları için kurumları tarafından yeterince desteklenmektedir.	7	6	5	4	3	2	1
18	Hastane, müşterilerine özel ilgi göstermesi beklenemez.	7	6	5	4	3	2	1
19	Hastane çalışanları müşterilere kişisel ilgi göstermeleri beklenemez.	7	6	5	4	3	2	1
20	Hastane çalışanları hastanın ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmez.	7	6	5	4	3	2	1
21	Hastane, hastaların çıkarlarını ön planda tutmaz.	7	6	5	4	3	2	1
22	Hastane çalışma saatleri tüm müşterileri için uygun değildir.	7	6	5	4	3	2	1
Hasta Tatmini								
1	Hastanenin sunduğu hizmetler tatmin edicidir.	7	6	5	4	3	2	1
2	Hastanenin sunduğu hizmetler ideale yakındır.	7	6	5	4	3	2	1
3	Hastanenin sunduğu hizmetler beklentilerimin üzerindedir.	7	6	5	4	3	2	1
Hasta Tercihi								
1	Bu hastaneden gelecekte yeniden hizmet almayı düşünürüm.	7	6	5	4	3	2	1
2	Bu hastaneyi yakınlarıma ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.	7	6	5	4	3	2	1

Tarih: 26.02.2018
Sayı : E.76519

Ek: 2. Süleyman Demirel Üniversitesi İzni



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
Kalite Yönetim Birimi

Sayı :87883530-060.99-E.
Konu :Taner ABİŞ'in YL Tez Anket
Çalışması

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Birimi)

İlgi :19.02.2018 tarihli ve 93389805-044-E.69709 sayılı yazı

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Taner ABİŞ'in "Yalın Hastane Uygulamalarının Hasta Bakım Kalitesine Etkisini Tespit Etmeye Yönelik Bir Alan Araştırması" adlı tez konusu ile ilgili anket çalışması değerlendirilmiş olup, kliniklerde bahsi geçen konu hakkındaki anket çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Mehmet YILDIRIM
Başhekim

Doğrulama Linki :<https://ebys.sdu.edu.tr/EvrakDogrula.html?565D950F>
SDÜ Arş.Uyg. Hast. Çünür Doğu Kampüsü İSPARTA
Tel No:(246) 211-9171 Faks No:(246) 211-2830
E-Posta:hastanekaliteyonetim@sdu.edu.tr İnternet Adresi:hastane.sdu.edu.tr

Bilgi İçin:Aynur TORAMAN
Bilgisayar İşletmeni
Tel No:2119171

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hastane İşletmeleri'nde Algılanan Hizmet Kalitesinin "Servqual" Ölçeği ile Analizi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

By Taner



ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikerisim.deu.edu.tr Internet	510 words — 2%
2	docplayer.biz.tr Internet	206 words — 1%
3	docs.neu.edu.tr Internet	195 words — 1%
4	www.sbe.deu.edu.tr Internet	145 words — 1%
5	dergipark.ulakbim.gov.tr Internet	129 words — < 1%
6	acikarsiv.atilim.edu.tr Internet	121 words — < 1%
7	kalite.saglik.gov.tr Internet	120 words — < 1%
8	isarder.org Internet	103 words — < 1%
9	dspace.trakya.edu.tr Internet	98 words — < 1%
10	www.ices-uebk.org Internet	75 words — < 1%

ybs.deu.edu.tr

11	Internet	67 words — < 1%
12	www.sporbilimleri.org.tr Internet	67 words — < 1%
13	www.researchgate.net Internet	62 words — < 1%
14	193.255.140.18 Internet	53 words — < 1%
15	acikarsiv.ankara.edu.tr Internet	47 words — < 1%
16	eogrenme.anadolu.edu.tr Internet	46 words — < 1%
17	bys.trakya.edu.tr Internet	46 words — < 1%
18	library.cu.edu.tr Internet	44 words — < 1%
19	AYTAÇ, Kürşat Yusuf. "DÖNÜŞÜMSEL LİDERLİĞİN ÖRGÜTSEL ADANMIŞLIK ÜZERİNE ETKİSİ: KICK BOKS ÖRNEĞİ", Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl., 2017. Publications	36 words — < 1%
20	www.kalite.saglik.gov.tr Internet	36 words — < 1%
21	www.halksagligi.org Internet	36 words — < 1%
22	www.jasstudies.com Internet	35 words — < 1%
23	www.saglikcalisanisagligi.org Internet	35 words — < 1%

24	eprints.sdu.edu.tr Internet	33 words — < 1%
25	polen.itu.edu.tr Internet	33 words — < 1%
26	www.todale.edu.tr Internet	30 words — < 1%
27	www.ebs.org.tr Internet	29 words — < 1%
28	KANDEMİR, Tuğrul and AKBULUT, Halim. "Bağımsız denetimin etkinliğinde denetimden sorumlu komitenin rolü: Türlıye'deki bağımsız denetim firmalarına yönelik bir araştırma", Bülent Ecevit Üniversitesi, 2013. Publications	29 words — < 1%
29	iscs-a.org Internet	27 words — < 1%
30	YILMAZ, Ali, IŞIK, Oğuz and AKCA, Nesrin. "Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2017. Publications	25 words — < 1%
31	ZERENLER, Muammer and ÖGÜT, Adem. "Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği", Selçuk Üniversitesi, 2007. Publications	24 words — < 1%
32	www.j-humansciences.com Internet	22 words — < 1%
33	"Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015 Crossref	22 words — < 1%
34	ALTUNTAŞ, Onur and BAFRALI1, Cemre. "Dikkat Eksikliği ve	

	Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Grup Aktivitesinin Benlik Algısına Etkisi", Hacettepe Üniversitesi Hastahane Basımevi, 2017. Publications	22 words — < 1 %
35	www.tusad.net Internet	21 words — < 1 %
36	ogrencileri.medicine.ankara.edu.tr Internet	20 words — < 1 %
37	bbytezarsivi.hacettepe.edu.tr Internet	20 words — < 1 %
38	Gümüş, İsmail Çağlar(Arslan, Mehmet). "Alışveriş Merkezlerinde Hizmet Kalitesinin Algılanması Analizi : Ankara Bölgesi Bir Uygulama", Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 2013. Publications	19 words — < 1 %
39	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 Internet	19 words — < 1 %
40	www.akademikorganizasyon.com Internet	19 words — < 1 %
41	library.neu.edu.tr Internet	18 words — < 1 %
42	icits2017.inonu.edu.tr Internet	18 words — < 1 %
43	www.tkbb.org.tr Internet	16 words — < 1 %
44	www.iet-c.net Internet	16 words — < 1 %
45	www.jobs.sakarya.edu.tr Internet	16 words — < 1 %

46	angora.baskent.edu.tr Internet	16 words — < 1%
47	GÜL, Melike and BOZOK, Düriye. "Müşteri Temelli Marka Değerinin Yaratılması ve Termal Turizm ", Melih Topaloğlu, 2015. Publications	15 words — < 1%
48	AKBOLAT, Mahmut. "Türk sağlık sektöründe Miles ve Snow'un stratejik tipolojisi: Hastaneler üzerine bir araştırma", Gazi Üniversitesi, 2009. Publications	15 words — < 1%
49	nettebuldum.blogspot.com Internet	15 words — < 1%
50	sbe.dpu.edu.tr Internet	14 words — < 1%
51	TANRIVERDİ, Haluk and ERDEM, Şennur. "Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ile tatmin düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bir uygulama", Akademisyenler Birliği, 2010. Publications	14 words — < 1%
52	IŞIK, Oğuz, KANDEMİR, Aysun, ERİŞEN, Mehmet Akif, FİDAN, Cuma and FİDAN, Cuma. "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2016. Publications	13 words — < 1%
53	journals.tubitak.gov.tr Internet	13 words — < 1%
54	idari.hastane.akdeniz.edu.tr Internet	12 words — < 1%
55	ibrahim.cn Internet	12 words — < 1%
56	ietc2008.home.anadolu.edu.tr	

	Internet	12 words — < 1%
57	sbcd.mku.edu.tr Internet	12 words — < 1%
58	ŞİMŞEK, İbrahim Engin, ŞENER, Gül and YAKUT, Yavuz. "Unilateral alt ekstremite amputelerinde Protez Memnuniyeti Anketi'nin Türkçe güvenirliği ve geçerliği: Pilot çalışma", Türkiye Fizyoterapistler Derneği, 2010. Publications	12 words — < 1%
59	Cermikli, A, Ayse Kazan, and Murat Atan. "English Title Not Available [Turkish title: İMKB'YE KOTE SİRKETLERİN DERECELENDİRİLMESİ VE DÖNEMLER ARASI KARŞILAŞTIRILMASI]", Ekonomik Yaklaşım, 2002. Crossref	12 words — < 1%
60	slideplayer.biz.tr Internet	12 words — < 1%
61	acikerisim.dicle.edu.tr:8080 Internet	12 words — < 1%
62	www.phdernegi.org Internet	12 words — < 1%
63	ebd.beun.edu.tr Internet	12 words — < 1%
64	www.uhbabdergisi.com Internet	11 words — < 1%
65	Gülden Atan, Elanur Karabulutlu Yılmaz. "Esansiyel hipertansiyonlu hastaların öfke düzeyi ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi", Sisli Etfal Hastanesi Tıp Bulteni / The Medical Bulletin of Sisli Hospital, 2015 Crossref	10 words — < 1%
66	YILDIZBAŞ, Füsün and ASLIYÜKSEK, Muhammet.	10 words — < 1%

"MONTESSORI EĞİTİMİNİN 4-5 YAŞ ÇOCUKLARININ MOTOR BECERİ, GÖRSEL ALGI VE BELLEK, EL-GÖZ KOORDİNASYONU İLE KÜÇÜK KAS BECERİLERİNİN GELİŞİMİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ", Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl., 2016.
Publications

67	sosyalb.gop.edu.tr Internet	9 words — < 1%
68	ucmaz.home.uludag.edu.tr Internet	9 words — < 1%
69	İZCİ, Ferit and SAYDAN, Reha. "ALGILANAN HİZMET KALİTESİ KURUMSAL GÖRÜŞÜ", TÜBİTAK, 2013. Publications	9 words — < 1%
70	sosyaldergi.usak.edu.tr Internet	9 words — < 1%
71	www.csgeb.gov.tr Internet	9 words — < 1%
72	denetimakademisi.com Internet	9 words — < 1%
73	dspace.trakya.edu.tr:8080 Internet	9 words — < 1%
74	www.slideshare.net Internet	9 words — < 1%
75	halksagligiokulu.org Internet	8 words — < 1%
76	CAN, Altan, DENİZ, Ercan and ÇEÇEN, Mehmet Akif. "ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN OKUMA TUTUMLARI", Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl., 2016. Publications	8 words — < 1%

- 77 acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080
Internet 8 words — < 1%
- 78 pazarlama.org.tr
Internet 8 words — < 1%
- 79 www.verimlilikkongresi.gov.tr
Internet 8 words — < 1%
- 80 iibfdergisi.ksu.edu.tr
Internet 8 words — < 1%
- 81 kutuphane.pamukkale.edu.tr
Internet 8 words — < 1%
- 82 ÖZKAN, İrem, DEVRİM, Aslı and BİLGİÇ, Pelin.
"Hafif Şişman ve Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı", Türkiye Diyetisyenler Derneği, 2017.
Publications 7 words — < 1%
- 83 (Cantürk, Özlem and Seval, Halil). "Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması:Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği", Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, 2012.
Publications 7 words — < 1%
- 84 "Posters", Clinical Microbiology and Infection, 4/2007
Crossref 7 words — < 1%
- 85 PEHLİVAN, Seda, LAFÇI, Diğdem, DEMİRAY, Gülsüm and YAMAN, Melike. "Cerrahi Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Örgüt Kültürünü Algılamaları", Logos Yayıncılık, 2015.
Publications 6 words — < 1%
- 86 ERYILMAZ, Önder and ÇENGELCI KÖSE, Tuba. "SOSYAL BİLGİLER DERSİNDE GÜNCEL OLAY KULLANIMININ ÖĞRENCİLERİN SOSYAL PROBLEMLERE DUYARLILIKLARINA ETKİSİ", Dicle Üniversitesi, 2017.
Publications 6 words — < 1%

87 ARISAN, Yelda and DEVEBAKAN, Nevzat. "SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÇALIŞANLARIN SUNULAN HİZMETLERE YÖNELİK KALİTE ALGISI: İZMİR'DE BİR DEVLET HASTANESİNDE ARAŞTIRMA", Atatürk Üniversitesi, 2016. 6 words — < 1% Publications

88 FİRUZAN, Esin, FİRUZAN, Ali Rıza and BAKKURT, Ayşe. "Ege İhracatçılar Birliklerinde Servqual Ölçeği ile Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi", Celal Bayar Üniversitesi İİBF, 2007. 6 words — < 1% Publications

EXCLUDE QUOTES OFF
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY ON

EXCLUDE MATCHES OFF

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Taner ABİŞ
Yabancı Dili : İngilizce
Medeni Hali : Bekâr
E-posta : abistaner@gmail.com

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF., Sağlık Yönetimi, 2010-2014
Yüksek Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği, 2016-2018

BİLİMSEL YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR

Abiş, T., (2018), “Hastane İşletmeleri’nde Algılanan Hizmet Kalitesinin “Servqual” Ölçeği İle Analizi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.