

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ UYGULAMASI

Metin GELMEZ

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ
ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

ANKARA

2016

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Sağlıkta Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Uygulaması” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Metin GELMEZ

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında
Metin GELMEZ tarafından hazırlanan
“Sağlıkta Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi
Uygulaması” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ/ OY
ÇOKLUĞU ile kabul/ red edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Jüri Başkanı

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Raportör

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Üye

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Üye

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Hizmet Kavramı	2
1.1.1. Hizmetlerin Özellikleri	3
1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması	6
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	8
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	9
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
1.3. Kalite Kavramı	11
1.3.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi	12
1.3.2. Kalitenin Önemi	14
1.3.3. Kalite Yönetiminin İlkeleri	16
1.4. Hizmet Kalitesi Kavramı	18
1.4.1. Hizmet Kalitesi Modelleri	19
1.4.1.1. Sasser, Olsen ve Wyckoff'un Hizmet Kalitesi Modeli	20
1.4.1.2. Lehtinen ve Lehtinen Hizmet Kalitesi Modeli	21
1.4.1.3. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli	22
1.4.1.4. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Hizmet Kalitesi Modeli	26
1.4.1.5. Normann'ın Hizmet Kalitesi Modeli	29
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	29
1.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	31
1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi	33
1.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Hasta Tatmini Arasındaki İlişki	35
1.6. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi İle İlgili Çalışmalar	37
1.7. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi	41
1.7.1. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Ölçekler	42
1.7.2. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Ölçeği	42
1.7.2.1. SERVQUAL Ölçeğinin Geliştirilmesi	43
1.7.2.2. SERVQUAL Boşluk Modeli	48
1.7.2.3. SERVQUAL Ölçeğine Yönelik Eleştiriler	51
1.7.3. Sağlık Hizmetlerinde SERVQUAL Ölçeğinin Uygulanması	51
2. GEREÇ VE YÖNTEM	55
2.1. Araştırmanın Amacı	55
2.2. Araştırmanın Önemi	56
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	57

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
2.5. Araştırmanın Varsayımları	58
2.6. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları	58
2.7. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	59
2.8. Verilerin Analizi	60
3. BULGULAR	64
3.1. SERVQUAL Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular ve SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	64
3.1.1. Araştırma Grubunun Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlerine İlişkin Bulgular	64
3.1.2. Araştırma Grubunun Beklentileri ve Algıları İle İlgili Bulgular	69
3.1.3. Araştırma Grubunun Hizmet Kalitesi Boyutlarının Önemine Göre Verdikleri Puanların Dağılımı	73
3.2. Araştırma Grubunun Diyarbakır GYEAH'nin SERVQUAL Skorlarının Boyutlar Açısından Değerlendirilmesi	74
3.2.1. Araştırma Grubunun Cinsiyet Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	76
3.2.2. Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	78
3.2.3. Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	80
3.2.4. Araştırma Grubunun Mesleklerine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	82
3.2.5. Araştırma Grubunun Öğrenim Durumlarına Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	84
3.2.6. Araştırma Grubunun İkamet Yerlerine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	86
3.2.7. Araştırma Grubunun Gelir Düzeylerine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	88
3.2.8. Araştırma Grubunun Sahip Olduğu Sosyal Güvenceye Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	90
3.2.9. Araştırma Grubunun Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığına Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	92
3.2.10. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Şekline Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	95
3.2.11. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	97
3.2.12. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tercih Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	100
3.2.13. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	103
3.2.14. Araştırma Grubunun Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	105
3.2.15. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	107
4. TARTIŞMA	111

5.SONUÇ VE ÖNERİLER	122
ÖZET	127
SUMMARY	129
KAYNAKLAR	131
EKLER	143
EK-1. Etik Kurulu İzin Belgesi	143
EK-2. Anket Formu	152
EK-3. Kurum İzin Belgesi	153
ÖZGEÇMİŞ	154



ÖNSÖZ

Tez çalışmasının yöntem ve içerik planlamasında ve yürütülmesinde, ayrıca mesafeyi sorun etmeden günün her saatinde emeğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR'a,

Tez çalışma dönemimde katkılarını sunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Muhammet DÜŞÜKCAN, Sayın Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa ZİNCİRKIRAN'a ve kurum müdürüm Necattin KILIÇ'a, çok değerli arkadaşım Aslı BOZER'e, Barış LAFÇI'ya,

Tezin yürütülmesi için gerekli izinleri sağlamış olan ve araştırmanın yürütülmesini sağlayan kurumlara, ayrıca araştırmaya katılan katılımcılara,

Hayatın her aşamasında yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Hüsniye GELMEZ ve Zeynel GELMEZ'e

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan, tezin her aşamasında manevi destek sunan dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
f	Frekans
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GYEAH	Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Max	Maksimum
Min	Minimum
ort.	Ortalama
n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık
X²	Ki kare
ss	Standart Sapma
%	Yüzde
Z	Z Değeri

ŞEKİLLER

Şekil 1.1.	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
Şekil 1.2.	Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli	25
Şekil 1.3.	Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli	50
Şekil 3.1..	Hasta Beklenti ve Algıları Arasındaki Boşluklar	71



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Hizmetlerin Sınıflandırılması	7
Çizelge 1.2.	Kalite Gurularının Kalite Kavramına Yaklaşımları	11
Çizelge 1.3.	Hizmet Kalitesi Modelleri	20
Çizelge 1.4.	Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Ölçütleri	46
Çizelge 1.5.	SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Boyutlara Denk Düşen Soru Önergeleri	47
Çizelge 1.6.	Sağlık İşletmelerinde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Bunlara Denk Gelen Soru Önergeleri	53
Çizelge 3.1.	Araştırma Grubunun Demografik ve Sosyo-Ekonomik Durumu	64
Çizelge 3.2.	Araştırma Grubunun Hastaneyi Kullanma Durumu ve Görüşleri	66
Çizelge 3.3.	Araştırma Grubunun Hizmet Aldıkları Diyarbakır GYEAH'nin Hizmetlerine Yönelik Beklenti ve Algıları ile İlgili Puan Ortalamaları	69
Çizelge 3.4.	Hastaların Beklenti ve Algı Puan Ortalamaları	72
Çizelge 3.5.	Araştırma Grubunun En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu	73
Çizelge 3.6.	Araştırma Grubunun Diyarbakır GYEAH'nin Kalite Boyutları Açısından SERVQUAL Skorları	74
Çizelge 3.7.	Araştırma Grubunun Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorları	75
Çizelge 3.8.	Araştırma Grubunun Cinsiyet Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	76
Çizelge 3.9.	Araştırma Grubunun Cinsiyetlere Göre Eşit Ağırlık ve Ağırlıklı SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	77
Çizelge 3.10.	Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	78

Çizelge 3.11. Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	79
Çizelge 3.12. Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	80
Çizelge 3.13. Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	81
Çizelge 3.14. Araştırma Grubunun Mesleklerine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	82
Çizelge 3.15. Araştırma Grubunun Mesleklerine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	83
Çizelge 3.16. Araştırma Grubunun Öğrenim Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	84
Çizelge 3.17. Araştırma Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	85
Çizelge 3.18. Araştırma Grubunun İkamet Yeri Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi	86
Çizelge 3.19. Araştırma Grubunun İkamet Yeri Göre Eşit Ağırlıklı Ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	87
Çizelge 3.20. Araştırma Grubunun Gelir Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	88
Çizelge 3.21. Araştırma Grubunun Gelir Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	89
Çizelge 3.22. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	90

Çizelge 3.23. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	91
Çizelge 3.24. Araştırma Grubunun Herhangi Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığına Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	92
Çizelge 3.25. Araştırma Grubunun Herhangi Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığına Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	94
Çizelge 3.26. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Şekline Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	95
Çizelge 3.27. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Şekline Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	96
Çizelge 3.28. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	97
Çizelge 3.29. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Nedenine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	99
Çizelge 3.30. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tercih Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	100
Çizelge 3.31. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tercih Nedenine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	102
Çizelge 3.32. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumuna göre SEVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	103
Çizelge 3.33. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	104

Çizelge 3.34. Araştırma Grubunun Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	105
Çizelge 3.35. Araştırma Grubunun Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Belirlenmesi	106
Çizelge 3.36. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	107
Çizelge 3.37. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması	110

1. GİRİŞ

Günümüzde işletmelerin artan rekabet ortamında varlıklarını sürdürebilmeleri, karlarını artırabilmeleri için değişen teknolojiye, sosyo-ekonomik duruma uyum sağlamanın yanı sıra müşterilerin isteklerini zamanında eksiksiz bir şekilde karşılamaları da gerekmektedir.

Mal üreten işletmeler dışında hizmet üreten işletmelerde de yoğun rekabet ortamı vardır. Ayrıca hizmetlerin elle tutulamama, heterojenlik, dayanıksızlık, üretim ve tüketimin aynı anda gerçekleşmesi gibi özelliklerinden dolayı, hizmet işletmeleri müşterilerini memnun etmek için hizmet kalitesine önem vermek zorundadır.

Refah düzeylerinin artmasıyla birlikte insanlar, satın aldıkları mal veya hizmetin yalnız fiyatı ile ilgilenmemekte, aldıkları mal veya kullandıkları hizmetten elde ettikleri fayda, gösterilen ilgi ve kaliteye de önem vermektedirler.

Sağlık işletmeleri de diğer işletmeler gibi piyasada tutunmak için maliyete önem vermekte, müşterilerin tutum ve davranışlarını önemsemekte, kalifiye personelin dışında teknolojik yeniliklere ayak uydurmak zorunda kalmaktadırlar. Sağlık işletmelerinde maliyete verilen önemin artması ve piyasada rekabet edebilmenin koşullarına ayak uydurulabilmesi için, müşteri memnuniyetinin sağlanması ve bu memnuniyetin sürdürülebilmesi için hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır.

Sağlık işletmelerinin müşteri grubu olan hastaların sunulan hizmetin teknik yönünü değerlendirmede yeterli bilgisi bulunmadığı için daha çok sunulan hizmetin fonksiyonel yönüyle ilgilenmektedir. Personelin görünüşü, davranışı, hastanenin fiziki görünüşü, zamanında yapılan müdahale vs. gibi. Bundan ötürü sağlık işletmelerinin uzun ömürlü olması için kalite önemli bir araçtır. Bunun içindir ki sunulan hizmetin kalitesini ölçüp değerlendirmek ve çıkan sonuçlara göre değişiklikler yapmak sağlık işletmeleri için uzun vadede faydalı olacaktır.

Araştırmanın amacı, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçmektir. Hastanenin hizmetlerinden yararlanan hastaların, hizmet kalitesine yönelik beklentileri ile algıladıkları hizmet kalitesini belirlemek, hastaların demografik özelliklerini ve bu özelliklerin beklenti ve algı düzeylerinde oluşturduğu farklılıkları tespit etmektir.

Araştırmanın önemi, Diyarbakır ili ve çevresinde eğitim seviyesinin yükselmesi, halkın refah seviyesinin artması, bölgede devlet hastanesi dışında özel hastanelerin de bulunması dolayısıyla hastalar aldıkları hizmeti sorgular hale gelmiştir. Bu da sağlık kurumlarında verilen hizmet dışında kalitenin de önemini artırmıştır. Sağlık kurumları; hastalarını tatmin etmek, karlarını maksimize etmek, rakipleriyle mücadele etmek, müşteri bağlılığı yaratmak, kamuoyunda olumlu imaj oluşturmak için kaliteye önem vermek zorundadır. Bu çalışmanın Diyarbakır GYEAH ve bölgedeki diğer sağlık kurumlarına yol göstereceği düşünülmektedir.

1.1. Hizmet Kavramı

Araştırmacılar genellikle bağlı bulundukları bilim dalının etkisi altında kalarak farklı hizmet tanımları yapmışlardır. Hizmetler, kuaförlerde verilen hizmet faaliyetlerinden, sigorta işletmelerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş bir yelpazeye yayılarak farklı etkinlikleri kapsamaktadır. Geniş bir yelpazeye yayılarak değişiklik gösteren hizmetin somut mallarla olan bağlantısı da, kavramın tanımlanabilmesini güçleştirmektedir (Uyguç, 1998).

Hizmetlerin kesin bir tanımının yapılmasının güçlüğü yanı sıra, kapsamını belirlemenin de güç olduğu bilinmektedir. Teknolojik gelişmeler ile sosyal ve ekonomik değişmelere bağlı olarak, karşımıza sürekli yeni bir hizmet kavramı tanımı ve çeşidi çıkmakta, ayrıca var olan hizmetlerin de farklılaştığı görülmektedir. Bunun için bazı araştırmacılar genel bir tanımın olmadığını diğer bir kısım araştırmacılar da kesin bir yargıya vararak böyle bir tanımın geliştirilemeyeceğini öne sürmektedirler (Austin, 1990). Bu nedenle kesin olarak

ayrıntılı bir hizmet kavramı tanımlamak ve onu uzun süreli değişmez kılmak neredeyse imkânsızdır (Erkut, 1995).

Kotler (2000) tarafından hizmetler; soyut özellikte olup, herhangi bir somut karşılığı olmayan, satış için sunulan faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşidi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanım, hizmeti; yer, zaman, biçim ve psikolojik bakımdan fayda sağlayan ekonomik faaliyetler bütünü olarak ifade etmektedir (Parasuraman ve ark., 1985).

1.1.1. Hizmetlerin Özellikleri

Yazında hizmetlerin özellikleri genel olarak; dokunulmazlık, üretim ve tüketimin eş zamanlı olması, dayanıksızlık ve heterojenlik olarak sıralanmaktadır (Avcı ve Nadiri, 2000).

Dokunulmazlık

Hizmet ve mal arasında evrensel olarak kabul edilen en temel farklılık, hizmetlerin dokunulmazlığıdır. Hizmetlerin dokunulmazlığı; somut veya fiziksel bir varlığa sahip olmaması ya da duyu organlarıyla algılanamamasının bir sonucudur (Öztürk, 2011).

Hizmet işletmeleri belirli ve somut bir ürün üretmeksizin ekonomik değer ortaya çıkarırlar. Hizmetler, genelde somut mallar gibi satın alınmadan önce görülememekte, tadına bakılamamakta, hissedilememektedir. Bundan ötürü hizmeti satın almadan önce müşteri hizmetin kendisine sağlayacağı faydayı ve bu faydanın sonucunu bilememektedir. Hizmetlerden alınan faydalar genellikle deneyime dayalıdır. Hizmet belirli ve somut bir nesneden ziyade, performans olarak değerlendirilerek ele alınır. Buradan bakıldığında hizmet sunumu yapan işletmeler için, müşterilerin hizmeti nasıl ifade ettiğini, hizmet kalitesini nasıl ele alıp

değerlendirdiğini bilmek ve ayrıca kaliteyi garanti etmek oldukça zordur (Avcı ve Nadiri, 2000).

McDougall ve Snetsinger (1990), soyutluk olarak da adlandırdıkları dokunulmazlığın, müşteri satın almadan önce zihinde canlandıramama ve net bir şekilde somut bir obje yaratamama ile ilgili olduğunu savunmuşlardır.

Üretim ve Tüketime Eş Zamanlı Olması

Fiziksel malların üretim süreci müşteriler tarafından çoğunlukla görülmez. Üretim ve tüketim süreci birbirinden bağımsız olduğundan müşteri ve işletme ancak fiziksel malın satılması esnasında yüz yüze gelir (Sayım ve Aydın, 2011). Hizmetlerde ise üretim ve tüketim süreci eş zamanlıdır. Hizmetler üretildikleri anda tüketilirler. Müşteri birebir üretim sürecine katılır. Kuaför, restoran, sağlık hizmetleri, turizm hizmetleri, seyahat acentaları gibi birçok hizmet alanında müşterinin üretim sürecine doğrudan dahil olması gerekir. Üretim ve tüketim birbirinden ayrı olmadığından hizmetlerdeki kalite herhangi bir yerde tasarlanamaz, ancak müşteriye sunulduktan sonra kalitesi ölçülebilir (Sayım ve Aydın, 2011).

Dayanaksızlık

Hizmetlerin depolanamaması veya üretildiği gibi tüketilmesi farklı şekillerde incelenmiştir. Bu konuda ortak görüşlerden biri; hizmetlerin tekrar kullanımı ya da ileri bir tarihte kullanılmak için depolanamayacağı, tekrar satılamayacağı ya da iade edilemeyeceğidir (Edgett ve Parkinson, 1993; Zeithaml ve Bitner, 2003).

Hizmetler mallar gibi fiziksel bir dayanıklılığa sahip olmadığı için birer performans olarak nitelendirilebilirler (Berkowitz, 1996). Hizmetin depolanamaması, “gereksinim duyulduğunda yeniden kullanma olanağı olmaması ve ayrıca iade edememe” anlamına gelir. Bu durum malların aksine hizmetlerin

depolanamayacağını gösterir. Hizmet alanı yıllara, mevsimlere göre, hatta saatten saate dahi farklılaşabilmektedir (Devebakan, 2001).

Hizmetten yarar sağlanması deneyimlerle mümkündür. Piyasadaki hareketlilik, hizmetin kaliteli olmamasının en etkili sebebidir. Bu nedenle idareciler pazarda oluşabilecek değişimleri iyi idare edebilmeli ve ortaya çıkabilecek kaybı mümkün olduğunca uzak tutabilmelidir (Mucuk, 1994; Harput, 2014).

Heterojenlik

Heterojenlik, hizmetlerin belirli bir kalıba sokulup standartlaştırılmamasını açıklayan önemli bir özelliktir. Hizmet insanlar tarafından üretilen emek yoğun performanslar olduğu için, belli standartlarda bir sonuç almak çok zordur (Lovelock ve Gummesson, 2004; Zeithaml and Bitner, 2003).

Hizmetler genellikle insanlar tarafından üretilen performanslar olup, benzer işi yapan kişileri bir yana bırakıp aynı işi yapan kişinin bile her zaman belirlenen kalitede hizmet veremediği düşünülürse, birebir benzer hizmetin iki farklı sunumunun dahi aynı olması olanaksızdır (Mucuk, 2001). Hizmetlerin homojen olmaması, çoğunlukla insan etkileşimlerinin bir sonucudur. Bir hizmet, bütün sunucular tarafından benzer biçimde sunulmadığı gibi, her müşteri için de benzer şekilde algılanamaz. Üstelik aynı müşteri kendisine sunulan benzer özellikteki hizmeti değişik zamanlarda farklı şekilde algılayabilir. Çünkü hizmetin bir standardı yoktur ve yüksek değişkenliğe sahiptir (Öztürk, 2007). Örneğin, sağlık hizmetlerinde tıbbi muayenenin nitelik ve içeriği, hekimden hekime, hastadan hastaya veya günden güne farklılaşabilir.

Genellikle hizmeti oluşturan kişi yani personel, müşterinin gözünde hizmetin kendisidir. Türdeş olmamanın bir diğer nedeni ise müşterilerin hiçbir zaman aynı olmamasıdır. Her müşterinin alacağı hizmetten beklentileri ve kazandıkları hizmet

deneyimleri farklıdır. Bu durumda hizmet performansının kişi, çevre, mekan ve zaman şartlarına göre farklılaşma ihtimalinin her an için mümkün olabileceği ifade edilebilir (Öztürk, 2011). Hizmetin bu özelliğinden dolayı ortaya çıkan spesifik bir pazarlama sorunu ise standartlaştırmanın sağlanması ve kalite denetleme çalışmalarının ölçülmesini zorlaştırmaktadır (Erdem, 2007).

1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetler, farklı araştırmacılar tarafından çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Bu sınıflandırmalardan önemli bulunan birkaçı Çizelge 1.1.’de sunulmuştur.

Çizelge 1.1. Hizmetlerin Sınıflandırılması (Uyguç, 1998)

Yazar	Önerilen Sınıflandırma
Judd (1964)	•Kiralama usulüne uygun hizmetler • Sahip olunabilen hizmetler • Mallara ait olmayan hizmetler (kişisel deneyimler)
Rathmell (1974)	• Satıcının özelliğine göre hizmetler • Alıcının özelliğine göre hizmetler • Satın alma ihtiyacına göre hizmetler • Satın alma şekillerine göre hizmetler • Hizmetlerin önem dereceleri
Shostack (1977)	•Hizmet paketindeki fiziksel mallar ile soyut etkilerin oranları
Sasser (1978) Hill (1977)	• Hizmetten etkilenen insanlar ya da mallar • Hizmetten etkilenenlerin geçici veya kalıcı etkileri • Etkilerin çift taraflı kullanılabilirliği • Fiziksel ve zihinsel etkileri • Bireysel ya da bütüncül hizmetler
Thomas (1978)	•Hizmetin sunumu sırasında vasıfsız işgücü ile sunulan hizmetler ve vasıflı işgücü ile sunulan hizmetler •Sunulan hizmetler sonucunda ortaya çıkan nitelikli iş ya niteliksiz iş
Chase (1978-1981)	• Hizmetin sunumu sırasındaki etkileşimler - Yüksek etkileşim (sağlık hizmetleri) - Düşük etkileşim (kargo hizmetleri)
Armistead (1987)	• Müşteri odaklı hizmetler • İşletme ortamında alınan hizmetler
Millesve Margulies (1980)	• İşletmeye duyulan güveni artırıcı hizmetler • İşletmenin uzmanlığındaki esas hizmetler •Müşteri memnuniyeti ve huzurunu esas alan hizmetler
Lovelock (1983)	• Hizmetin bütünselliği (içerik ve faydaları) • İşletmenin hizmet satın alanlar ile ilişkisi • Hizmet sunan personelin duruma yaklaşımı • Hizmetin alıcılara ulaştırılması

Çizelge 1.1.'deki sınıflandırmanın genelde yabancı yazın incelenerek hazırlanmış olduğu gözlenmektedir. Öte yandan Karahan, hizmetleri aşağıdaki şekilde sınıflandırmaktadır (Karahan, 2000):

- Hizmet alanın hazırda beklemesi gereken hizmetler
- Emek gücünü esas alan hizmetler: Paramedik, bakıcılık, doktorluk, vb.
- Çıkar güdülen ya da güdülmeyen hizmetler
- Kurum ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler
- Hizmet alanın hazırda beklemesi gerekmeyen hizmetler
- İş makinelerine veya alet edevata dayalı hizmetler: fırın ya da buzdolabı, bilgisayar vb
- Kişisel ihtiyaçları karşılayan hizmetler.

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Geleneksel bakış açısına göre sağlık kavramı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı biçiminde ele alınmış ve bu şekilde tanımlanmıştır. Tanımının böyle olmasıyla, kişinin ruhsal, sosyal yönü geri plana itilip hastalık kavramı öne çıkarılmış, kişilerin, toplumların sağlığı bu kavramla ilintilendirilerek ele alınmış ve belirli semptomları ya da sakatlığı bulunmayanlar sağlıklı bireyler olarak değerlendirilmiştir (Akdur, 1998; Tengilimoğlu ve ark., 2009).

Sağlık kavramı günümüzde farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Evrensel düzeyde en çok kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen sağlık tanımıdır. Bu tanıma göre sağlık; “ yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”dir (Tengilimoğlu ve ark., 2009).

Sağlık hizmetleri ise; genel olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmalar olarak adlandırılabilir. Sargutan’a (1996) göre sağlık hizmetleri; bireylerin psikolojik, sosyal ve bedensel açıdan tam bir iyilik halinde bulunması, insanın hastalık ve sakatlığının olmaması, bireylerin sağlıklı olabilmesi için gerekli şartları sağlamak ve bu şartları koruyup geliştirmek yoluyla bireyleri sağlıklı kılmak için gerekli hizmetlerdir.

Özetlenecek olursa sağlık hizmetleri; koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Yenimahalleli, 1999).

Genel olarak sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı olarak daha uzun süre yaşamalarını sağlamaktır. Sözen'e göre (2003) sağlık hizmetlerinin temel amaçları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Sağlık talebi oluşması için zemin hazırlamak
- Toplumun gerekli olan sağlık standartlarını yükseltmek ve istenen seviyeye getirmek
- Bireylerin ve toplumun hasta olmaması için gerekli tedbirler belirlenip bu tedbirleri almak
- Hasta olan kişi veya toplumu en kısa sürede sağlığına kavuşturmak
- Süregelen (kronik) hasta ve sakat olanlar için gerekli uygun ortam sağlanıp, onların uyum ve adaptasyonlarını sağlamaktır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin konusu insan çıktısı sağlıktır. Sağlık hizmetleri insan yaşamının kaliteli bir şekilde sürdürülebilmesi ve devamlılığın sağlanmasında her daim önemli bir konu olmuştur. Tekrar vurgulamak gerekirse sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı yaşam süresini uzatmaktır. Bu amacın gerçekleşmesi, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimi tarafından ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir olmasına bağlıdır (Taş, 2012).

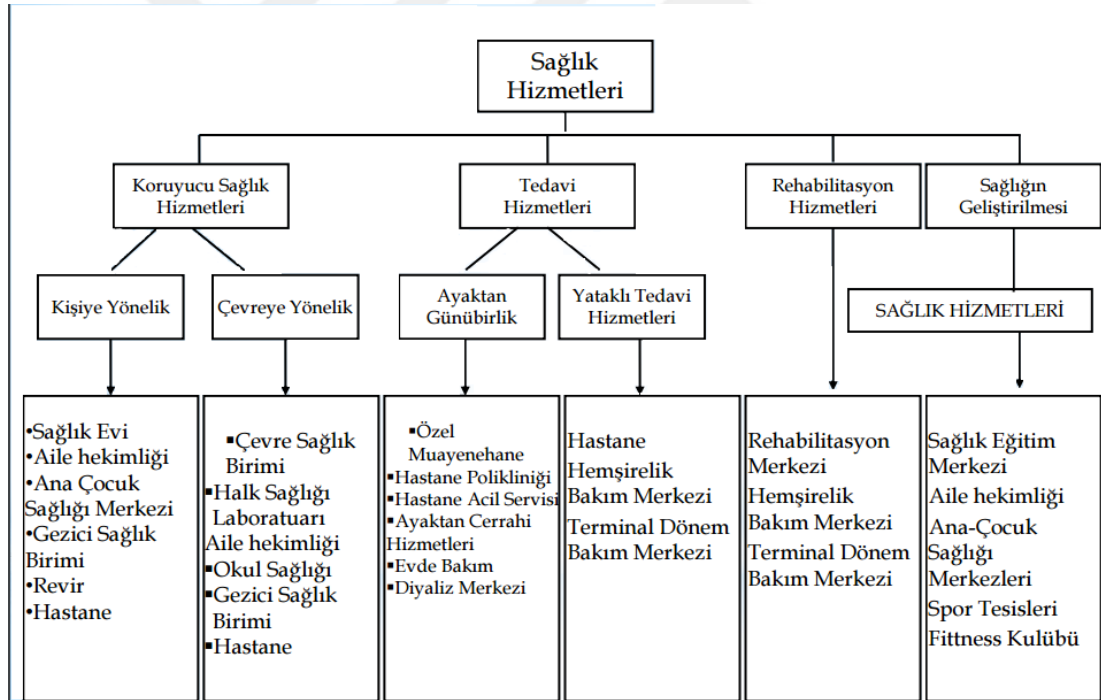
Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Sözen, 2003):

- Belirsizlik
- Asimetrik bilgi
- İkame edilemez ve ertelenemez olma

- Dışsalılıklar
- Çok sayıda meslek grubunun bulunması
- Yapılan işlerin karmaşık ve değişken olması
- Hızla değişip gelişen bir sektör olması

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; hastalıkların tanısı, tedavisi, rehabilitasyonu ve önlenmesi ile beraber, toplumun sağlık düzeyinin daha da iyileştirilmesi ile ilgili tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu bağlamda doğal olarak sağlık hizmetleri sınıflandırılırken kapsadığı faaliyetler göz önünde tutulmuştur (Kavuncubaşı, 2000). Şekil 1.1.'de sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması sunulmuştur.



Şekil 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Tengilimoğlu ve ark., 2015)

Şekil 1.1.'e bakıldığında sağlık hizmetlerinin; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört grupta sınıflandırıldığı görülmektedir.

1.3. Kalite Kavramı

Kalite kavramının tanımı konusunda farklı görüşler ortaya atılmıştır. Farklı görüşlerin oluşturduğu farklı kalite tanımlarına geçmeden önce, “kalite guruları” olarak adlandırılan ve tüm dünyada kalite çalışmalarının başlamasında ve geliştirilmesinde öncülük eden bilim adamlarının kaliteye bakış açıları Çizelge 1.2’de yer verilmiştir (Yalkın, 2010).

Çizelge 1.2. Kalite Gurularının Kalite Kavramına Yaklaşımları (Yalkın, 2010)

Adı	Kalite Tanımı
Joseph M. Juran	Kullanıma uygunluktur.
Philip Crosby	Şartlara uygunluktur.
Kaoru Ishikawa	En ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden ürünü geliştirmek, üretmek ve satış sonrası hizmet vermektir.
Edwards Deming	Herkesin sorumlu olduğu, kullanıcıyı tam tatmin eden, en ucuz değerdir.
Genichi Taguchi	Ürünün sevkiyatından itibaren üründen dolayı topluma yansıyan en az kayıptır.
Walter Shewhart	Müşteri isteklerine uygunluktur.
Arnold Feigenbaum	En düşük maliyetle müşteri tatminini sağlamaktır.

Günlük ve sosyal yaşamda, siyasal, kültürel ve ekonomik alanlarda karşılaşılan en belirli etmen kalitedir (Aslantekin ve ark., 2007). Kalite, hem tüketicileri hem de üreticileri ilgilendiren bir konudur. Tüketiciler kaliteye ödeme yaparken, üreticiler de kaliteyi geliştirebilmek için sürekli yatırım yapmaktadırlar. Aynı zamanda, tüketiciler faydalarını maksimize etmek isterken, üreticiler de karlarını maksimize etmeye çalışırlar (Erdil ve Baydar, 2007).

Tüm işletme ve örgütlerin ana hedeflerinden biri olan gelişme politikası, işletme ve örgütleri, mevcut durumları ile yetinmeyerek, kendilerini sektördeki rakiplerinden farklılaştırmak amacıyla sürekli devam eden (sonsuz) bir faaliyete

yönlendirir. Hedeflenen gelişme politikaları doğrultusunda bu hedefe ulaşmak için de hizmetin, üretimin, ilişkilerin kaliteli olması gerekir (Esatoğlu, 1997).

Kalitenin; bir mal veya hizmetin belirlenen ve olası gereksinimleri karşılama becerisine dayanan, gayesine uygunluk gösteren, kullanıma uygunluk, mükemmellik derecesi, her türlü hata ve kusurlardan arındırılmış olmak ve müşteri memnuniyeti özelliklerinin toplamından oluştuğu belirtilmektedir (Hoyle, 2007; Savaş ve Kesmez, 2014).

Başka bir tanıma göre kalite, müşterilerin beklentilerini ve ihtiyaçlarını devamlı olarak karşılayacak hizmet ve ürünleri, en az maliyetli bir şekilde üretmektir (Kovancı, 2003).

Tanımların ortaya çıkardığı ortak kanı, kalitenin müşteri ihtiyaçları ve müşteri gereksinimleri ile müşteri beklentilerini karşılama ve tatmin etme çevresinde toplandığıdır (Arıkboğa, 2003).

1.3.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalite ile ilgili yazın incelendiğinde, kalite kavramının milattan önceki çağlara kadar uzandığı görülmektedir. Mısır'da piramitlerin inşasında ustaların yontulan taş blokların yüzey ve kenarlarının ölçütsel kontrolünü yapmaları bu dönemde kalite konusunda alınan sorumluluğu göstermesi bakımından önemli bir örnektir. Piramitlerle ilgili yapılan araştırmalarda bir tel aracılığı ile taş blokların yüzeylerinin dikliğinin kontrol edildiği belirtilmiştir (Mitra, 1998; Peskircioglu, 1999).

Benzer şekilde Mezopotamya'daki uygarlıklara bakıldığında tarihin bilinen ilk yazılı kalite güvence belgesi niteliğinde olan belgenin Hammurabi Yasaları

olduğu görülmektedir. Hammurabi Yasaları ile "bir inşaat ustasının yaptığı ev, inşaat ustasının yetersizliğinden ve sorumluluğunu yerine getirmemesinden kaynaklı yıkılırsa, o inşaat ustası öldürülecektir" denilerek yapılan işte kaliteye verilen önem belirtilmiş, kalitesizlik uygulamaları yasayla cezalandırılma yoluyla engellenmeye çalışılmıştır (Halis, 2000).

Frederick Taylor, İngiltere’de 1880’li yıllarda işçilerin ve gözetimcilerin sorumluluğunda olan iş planlamasını endüstri mühendisliğine uyarlayarak bilimsel metodun başlangıcını oluşturmuştur (Ersen, 1997). 20. yüzyılın başlarında Henry Ford, Ford Motor Şirketi’nde karmaşık olan operasyonları montaj hattı ile sadeleştirip, minimum maliyetle kaliteli ürünler üretmeye başlamıştır. Böylelikle kötü ürünler iyi ürünlerden ayıklanmaya başlanmıştır. Üretim sorumluluğunun önceliği, daha fazla kar elde etme güdüsü ile kaliteden ziyade imal edilen ürün sayısı olmuştur. Yöneticilerin işlerini kaybetmemek için ilk amaçları ürün talebini karşılamaktı, üretimdeki kalitesizlik ise sadece kınanmaktaydı. İşletmenin en üst idarecileri, bu sistemin kaliteye zarar vermenin yanında, ürün kalitesinin düşük olmasıyla, gerekli satışın yapılmadığının da farkına vararak “muayene şefliği” kadrosunu oluşturmuşlardır (Gödek, 2001).

İlk defa süreç kontrol şemaları 1920’li yıllarda kullanılmıştır. 1924 yılında Dr. Shewhart’ın geliştirdiği bu şemalar sayesinde, bir sürecin hangi kalite düzeyinde çıktı üretebileceği, ne kadar güvenilir olabileceği ve kontrol altına alınıp alınamayacağına anlaşılmaya başlanmıştır. Ancak bu gelişmelere rağmen 1950’lerden sonra A.B.D’li kalite uzmanı William Edwards Deming tarafından çıktılarından ziyade sürecin kendisinin önemli olduğu görüşü ileri sürülmüş ve sonraki yıllarda bu görüş dünya genelinde benimsenmiştir (Yamak, 1998).

II. Dünya Savaşı ve sonrasında kalite kavramı oturmaya başlamış, evrim aşamaları teker teker tamamlanarak günümüze kadar gelmiştir. 1950’li yıllarda kalite maliyetlerine ilişkin çalışmalar yapılmış ve geliştirilmiştir. Bu kapsamda Joseph M.

Juran isimli bilim insanının 1951 yılında yayınlamış olduğu “Kalite Kontrol El Kitabı” önemli bir örnektir. Benzer bir şekilde William Edwards Deming, “istatistiksel kalite kontrol” konusunda çalışmalar yapmıştır. 1961 yılında Armand Vallin Feigenbaum tarafından ilk kez “toplam kalite kontrolü”nden söz edilmiştir. Aynı yıl içerisinde Philip Crosby ise “sıfır hata” kavramını dile getirmiştir (Crosby, 1979).

Pazarlama kavramındaki tüketici ve müşteri odaklılığı hedef olarak alan anlayışın işletmenin tümü tarafından benimsenmesi ve diğer taraftan, uygulamaların denetiminin de belirli kriterlere bağlanması amacıyla 50’li ve 60’lı yıllarda Philip Crosby, Edward Deming, Arnold Feigenbaum, Joseph M.Juran, Kaoru Ishikawa ve Genichi Taguchi başta olmak üzere farklı kişilerce yürütölen çalışma ve ileri sürölen düşönceler, küreselleşmeyle birlikte kalitenin bütün işletme çalışmalarına rehber olacak temel bir kavram haline dönüşmesine yardımcı olmuştur (Bumin ve Erkutlu, 2002).

1990’lı yıllardan itibaren dünya pazarlarında rekabetin artması, Avrupa’nın kendisini tek pazar halinde tutma çabası, alımı ucuz olan ve bol ürönlere doyan doyumsuz müşteri kitleleri, mevcut kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması, kaliteli ürönlere yönelik talebin artmasına ve rekabet ortamından kopmak istemeyen örgötlerde kaliteye daha çok önem verilmesine neden olmuştur (Ersen, 1997).

1.3.2. Kalitenin Önemi

Yakın dönemlere kadar akademik ve uygulanabilir bir tanıma kavuşamamış olan kalite “iyi, güzel, uygun, yeterli, gereğince, düzgün” ifadelerinin karşılığı olagelmıştır (Mohammad, 2007).

Günümüzün kalite yönetimi anlayışı ve uygulaması, hayatı değişkenliğe odaklayan bir anlayışa dayalıdır. Kalitenin de daha kalitelisi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kalitesizliğin belli başlı görünen sorunları ile yetinilmeyip, kaynağın asıl nedeni olan sorunlara inilmektedir. Kalitenin yükseltilmesini ve maliyetlerin düşürülmesini savunan ve bunları zıt kutup olarak gören anlayış, yerini zaman içerisinde ikisini aynı kutupta gören eş zamanlı bir anlayışa bırakmıştır (Çoruh, 1994).

Son yıllarda küreselleşme ile birlikte sertleşen rekabet koşulları, müşterilerine en iyi ürün ve hizmeti, en uygun fiyattan ve zamanında sunan firmalara avantaj sağlamaktadırlar. Firmaların bu avantajlarını kaybetmemeleri için kaliteye önem vererek kaliteyi sürekli izlemeleri ve kaliteyi iyileştirebilmek için en uygun yöntemlerden faydalanmaları gerekmektedir (Çatalca, 2003).

Kalite, bir bakıma toplumunun refah düzeyini açıklar. Kalite, hataları minimuma indirerek, hatalardan arınma olarak da adlandırılır. Kalite mükemmelliği temsil eder. Rekabette de kilit bir rol oynayan kalite, hizmet işletmelerinde emeğin/işgücünün yoğun olması, insan unsurunun öneminin ana etken olması ve buna bağlı hizmet performansının sabit kalmaması her an değişebilme olasılığının olmasından dolayı imtiyazlı bir öneme sahiptir. Hizmet işletmelerinin rekabet edebilme gücü küreselleşen dünyamızda mükemmellik yolunda verilen çabaların bir ürünüdür. Kalite çalışmaları, temel alınacak hedeflerin belirlenmesi ve çalışmalara somutluk kazandırılması açısından büyük bir öneme sahiptir (Seyran, 2004).

1.3.3. Kalite Yönetiminin İlkeleri

Kalite yönetiminin ilkelerini şu alt başlıklarda toplamak mümkündür: İnsana verilen önem, üst yönetim liderliği, müşteri odaklı olma, tam katılım, takım çalışması, sürekli kalite iyileştirme (Kaizen).

İnsana Verilen Önem:

Kişiler, saygı görebilecekleri, öğrenerek kendilerini geliştirebildikleri ve kendileriyle ilgilenildiğini hissedebilecekleri, iş güvenliği bulunan, ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri kadar para kazanabilecekleri, başarılı bir işyerinde çalışmayı arzu etmektedirler. Ayrıca, kendilerine ihtiyaç duyulduğunu, önemli olduklarını hissetmek, bütün canlı varlıklar gibi ödül ve tanınma (takdir edilmek) istemektedirler. Bir işletmenin varlığını sürdürebilmesi için bünyesinde kendi isteği ile çalışacak kişiler olmalıdır. Yönetimin, kişilerin bağlılığını kazanması için çalışanları, organizasyonun bir parçası yapması ve onları buna inandırması gerekmektedir (Kovancı, 2003).

Üst Yönetim Liderliği:

Toplam kalite yönetiminde üst yönetim liderliği; belli bir kişi ya da örgütün çaba ve faaliyetlerinden ziyade, lider olarak adlandırdığımız kişinin mükemmel, ileriye gören, zamana ve yerine göre kararlar alan, beceri ve uygulamada başarılı olacak iyi bir yönetimi anlatır. Lider, kuruluşların değişim sırasında yaşanan geçişlerin idaresinde bunu kim gerçekleştirebilir sorusunun cevabını ortaya koyabilecek tek kişidir. Bu durumda, kalitede liderlik müşteri memnuniyetini gerçekleştirmek için değişimi sağlayan değil, ihtiyaç olan değişimin idaresidir. Amaç, kaliteyi derinlemesine anlayarak özümsemek, tüm yönleriyle ele alıp uygulamak ve günün şartlarına göre değişimi sağlamaktır. Bu zihinsel ve yapısal değişim sürecinin ana niteliklerinde öncelikle insanın kalitesi, sonra sistemin kalitesi gelmektedir. İnsan ve sistem kalitesi ile liderlik boyutu birbirleri ile

birleşerek ve karşılıklı bütünleşerek rekabet için artı güç olan sinerji etkisini ortaya çıkarmaktadır (Gencel, 2001).

Müşteri Odaklı Olma:

Müşteri odaklı olmak ‘halka dönüklük’ olarak karşılığını bulmaktadır. Müşteri odaklılıkta amaçlanan hedef, firmada çalışanların müşterilerin isteklerini ve beklentilerini karşılama ve bu amaçla ürün ve hizmet kalitesini amaçlayan ve bunu tüm kuruma yaymayı hedefleyen bir yaklaşımdır (Soylu ve ark., 1998).

Tam Katılım:

Çalışanların firmanın amaçları doğrultusunda bilgi vererek hedef belirleme sürecinde etkin bir şekilde rol almalarını, belirlenen hedefi benimsemelerini ve bunları kendi kişisel hedeflerine entegre etmelerini kapsamaktadır. Tam katılım ile insan kaynaklarının bütün yetenek ve becerilerinden faydalanılmaktadır. Kurumda yalnızca belli kişilerin yeteneklerine bağımlı olmak kurumdaki her çalışanın sürecin toplam katılımcılığından elde edilebilecek sinerjiden yoksun olması demektir (Bozkurt, 1998).

Takım Çalışması:

Yönetim stratejisi, amaçları, hedefleri, kalite kontrol teknikleri, yönetim teknikleri ne kadar gerçekçi ve mükemmel olursa olsun; yüksek kalitede ürünler oluşturmada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle eğitilmiş çalışanlar iyi motive edilip takım ruhu halinde ortaya iyi ürünler çıkabilmektedir (Kaygın, 2012). İşletmeler hedeflerine ulaşmak, departmanlar arasında sorunsuz iletişim sağlamak, var olan sorunları en kısa sürede çözmek, müşteri odaklı olmak için takım çalışmasına dayalı bir yapının kurulması ve etkin hale getirilmesiyle mümkündür (Çetin, 2005).

Sürekli İyileştirme (Kaizen):

Kai “değişim”, zen ise “iyi” “daha iyi” anlamına gelmektedir. Kaizen Japonca’da sürekli gelişmeyi ifade eder. Kalite kültürü, şirket veya örgütlerin sürekli öğrenme ve sürekli iyileştirme felsefesini benimsemelerini şart koşmaktadır. Japonların rekabetteki başarısının anahtarı bu felsefe olup kuruluştaki sorunların varlığının belirlenmesi ile başlamaktadır. Sürekli kalite iyileştirmede sorunlardan kaçmadan, rahatlıkla herkesin kabul edebildiği bir şirket kültürü içinde problemlerin çözülmesi öngörülür. Böyle bir profile sahip şirket kültürü yapısının oluşabilmesi ise, sürekli kalite iyileştirme düşüncesinin altyapısını oluşturup geliştirmekle elde edilir (Pakdil, 2007).

1.4. Hizmet Kalitesi Kavramı

Günümüzde hemen her alanda görülen hızlı değişim ve toplum beklentilerinin değişmesi, tüm işletmeler gibi hizmet işletmelerini de ayakta kalabilmek ve rakipleri ile rekabet edebilmek için sundukları hizmetin kalitesini artırmaya zorlamaktadır. Bu nedenle hizmet sunucular, sundukları hizmetin kalitesini artırmaya yönelik fikirler üretmektedirler (Yalkın, 2010).

Kaliteli hizmet bir işletme için ayrıcalıktır. Hizmet işletmelerindeki kalite, kaliteyi oluşturan bütün unsurların belirlenmesi ve mükemmeli ortaya koymak için harcanan emeğin bir ürünüdür. Kalite çalışmaları, hizmetlerin daha somut bir hale getirilmesi ve bunu gerçekleştirmek için esas alınacak bütün etkenlerin ortaya konması yönünden büyük öneme sahiptir. Bundan dolayı hizmet ve kalite kavramları aynı kefedeki değerlendirilmesi gereken iki husustur (Seyran, 2004).

Hizmet kalitesi; müşterilerin hizmet öncesi beklentileri ile hizmet sunumu sonrası algılarının kıyaslanması sonucu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla müşteri

hizmeti kullanmadan önce alacağı hizmetin nasıl sunulacağına dair beklentiler oluşturmaktadır (Top ve ark., 2011).

Hizmet kalitesinin belirlenmesinde en önemli ölçüt, tüketicinin birebir kendisidir. Bu nedenle kalitenin tüketici tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşır. Müşterinin beklentileri ile hizmet sonrası algıladıkları, hizmet kalitesinin belirlenmesinde önemli bir faktördür (Yalkın, 2010).

Müşteri mal alırken yaptığı kalite değerlendirmesini, hizmet alımında aynı şekilde yapamaz. Hizmet sektöründe insan ilişkilerinin ön planda olması ile aynı hizmeti aynı kalitede beklenen seviyede üretmenin zorluğu yanında, müşterinin aynı hizmeti farklı zaman dilimlerinde farklı algılayabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinin zor olması nedeni ile müşteri tarafından yapılan değerlendirmelerin ölçülmesi, istenilen sonuca varmada büyük bir etken olacaktır (Gedikli, 1998).

1.4.1. Hizmet Kalitesi Modelleri

Hizmet üretildiği anda tüketilmektedir. Mallar gibi stoklanamaz. Hizmetin bu özelliğinden dolayı müşteri alacağı hizmetin üretim sürecinde firma ile bire bir etkileşim içerisinde olup, sürecinin tüm aşamalarına dahil olarak hizmet kalitesini değerlendirir. Bu özellik, hizmet kalitesi modellerinde boyutlar kavramını açığa çıkarmıştır. Sasser, Olsen ve Wyckoff 1978’de, Christian Grönroos 1983’de, Jarmo Lehtinen 1983’de, Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1985’de ve Normann 1988’de hizmet kalitesinin boyutlarını araştıran başlıca araştırmacılarıdır. Bu araştırmacıların önerdikleri modeller çerçevesinde ortaya koydukları boyutlardan bazıları Çizelge 1.3.’te sunulmuştur (Özatkan, 2008). Anılan hizmet kalitesi modelleri aşağıda tek tek ele alınmaktadır.

Çizelge 1.3. Hizmet Kalitesi Modelleri (Uyguç, 1998)

YAZARLAR	ÖNERİLEN KALİTE MODELLERİ
SASSER, OLSEN, WYCKOFF (1978)	a. Üretimde kullanılan materyalin niteliği b. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç gereç gibi teknik olanaklar, c. Personelin tutum ve davranışı
LEHTINEN VE LEHTINEN (1991)	1. <u>Üç Boyutlu Yaklaşım</u> a. Fiziksel Kalite b. Etkileşim Kalitesi c. Şirket Kalitesi 2. <u>İki Boyutlu Yaklaşım</u> a. Süreç Kalitesi b. Çıktı Kalitesi
GRÖNROOS (1983)	a. Teknik Kalite b. İşlevsel Kalite c. Firma İmajı
PARASURAMAN, ZEITHAML VE BERRY (1985)	a. Fiziki Görünüm b. Güvenilirlik c. Heveslilik d. Yeterlilik e. Nezaket f. İnanırlılık g. Emniyet h. Erişilirlik ı. İletişim j. Müşteriyi Anlama
NORMANN (1988)	Hizmet Paketinin Özellikleri: a. Değişir (soft) Özellikler b. Değişmez (hard) Özellikler

1.4.1.1. Sasser, Olsen ve Wyckoff'un Hizmet Kalitesi Modeli

Üretim sektöründeki geleneksel üretim teknikleri hizmet sektöründe de uygulanabilir, fakat hizmet ve üretim arasındaki farklılıkların önemsenmemesi istenmeyen sonuçlar verebilir. Hizmetlerin ana özelliklerinin bilinmesi yenilikçi

yönetimlerin daha sağlıklı yaklaşım kazanmalarına yardımcı olur. Bir ürün ve hizmet arasında bazen ayırım yapmak çok zordur. Örneğin eve alınan bir çamaşır makinesi ile birlikte onun kurulumu ile verilen hizmet, ürün satın alınırken verilen hizmettir (kurulum), bir restoranda yemek yemek, hizmet satın alırken beraberinde bir ürün alınmasıdır (Aydın, 2005; Fitzsimmons ve Fitzsimmons, 1999).

Sasser, Olsen ve Wyckoff tarafından 1978 yılında yapılan çalışmalarla ortaya çıkarılan bu model, hizmet kalitesi düzeyini belirleyen üç boyuttan söz etmektedir.

Bu boyutlar (Parasuraman ve ark., 1985):

- Hizmet üretimi esnasında kullanılan materyallerin nitelikleri
- Hizmetin üretildiği fiziksel atmosfer, araç, gereç gibi teknik olanaklar,
- Hizmet veren personelin tutum ve davranışlarından oluşmaktadır.

1.4.1.2. Lehtinen ve Lehtinen Hizmet Kalitesi Modeli

Lehtinen'in geliştirmiş olduğu bu model, hizmet kalitesini fiziksel, etkileşimsel ve firma kalitesi olmak üzere üç kalite boyutunda incelemektedir.

- **Fiziksel Kalite:** Hizmetin fiziksel unsurlarından kaynaklanan kalite boyutudur. Ekipmanlar, binalar, araç gereçler vs. gibi fiziksel elemanlar, fiziksel destek ve ürünlerden oluşmaktadır.
- **Etkileşim Kalitesi:** Müşteri ile etkileşimde bulunan kaynaklar arasındaki karşılıklı iletişimden ortaya çıkmaktadır. Bu hizmet modeline göre bu boyut, müşteriyle ilişkide bulunan personel ve müşteri arasında gerçekleşebileceği gibi, müşteri ile diğer müşteriler arasındaki ilişkilerde de gerçekleşebilir. Örneğin, bir hastanede poliklinikte bekleyen hastaların birbirleri ile iletişimi etkileşimin kalitesini daha fazla etkiler.

- **Firma Kalitesi:** Bu boyut müşteriler ve müşteri olma potansiyeli taşıyanların firmanın kamuoyunda bıraktığı imajı değerlendirmeleriyle ilgilidir. Firmanın kamuoyunda oluşturduğu olumlu imaj, firmanın ürettiği hizmet kalitesinde düşüklük olsa da firmanın olumlu imajının uzun süre geçerliliğini koruyabilmesini sağlar.

Lehtinen ve Lentinen, bazı durumlarda kaliteyi, tüketici açısından, daha açık bir biçimde iki boyutlu bir olgu olarak değerlendirmenin daha faydalı olabileceğini de savunmaktadır. Lehtinen'e göre "iki boyutlu kalite yaklaşımı"nın üç boyutlu kalite yaklaşımına benzer yönleri bulunmaktadır fakat, üç boyutlu yaklaşımın daha soyut bir yaklaşım olması yanında, kalite "süreç" ve "çıkıtı" kalitesi bakımından üç boyutlu yaklaşımdan farklılaşmaktadır.

Süreç kalitesi, hizmet üretim sürecine, müşterinin katılımının niteliksel bir değerlendirmesi olup, müşterinin gözlem ve deneyimleri sonucu bireysel ve öznel kanılarını yansıtmaktadır. Bu boyutun etkinliği hizmet veren personelin hizmet verme ve müşterinin katılım biçimi arasındaki iletişimin yanı sıra aralarındaki uygunluğa da bağlıdır. Çıkıtı kalitesi ise müşterinin, üretim sürecinin çıktısı (sonucu) ile ilgili değerlendirmelerini ele almaktadır (Uyguç, 1998).

1.4.1.3. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli

Grönroos'un bu modelinde, müşterinin kaliteyi değerlendirmesi, kaliteyi algılayış şekline bağlı olarak açıklanmıştır. Model, müşterinin algısını ana hedefe yerleştirmekte ve müşterinin hizmetten bekledikleri ile tecrübeleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir (Mohammad, 2007).

Bu hizmet kalitesi modeline göre, hizmet kalitesi söz konusu olduğunda, tasarım, üretim, sunum ve ilişkiler kaliteyi yaratan dört önemli kaynağı

oluşturmaktadır. Firmanın bu yönlerini yönetme şekli ise müşterinin kalite algılamasını şekillendirmektedir. Aynı zamanda, hem işlevsel hem de teknik kalite bu kalite kaynaklarından etkilenmektedir (Uyguç, 1998). Christian Grönroos, esas olarak bir hizmetin kalitesinin müşteriler tarafından algılanan şeklini üç boyut altında sıralamıştır (Işık, 2005; Devedbakan ve Aksaraylı, 2003).

- Teknik ya da sonuçla ilgili boyutu,
- İşlevsel ya da süreçle ilgili boyutu,
- Firma imajı

Teknik Kalite: Teknik kalite boyutunda firma, müşteri hizmetten ne elde etti sorusuna yanıt arar. Teknik kalite müşteri tarafından alınan hizmetin sonuçlarına bağlıdır. Bu da müşterinin hizmet sonucunda aldığı doyumla ilişkilidir. Teknik kaliteyi güvence altına alacak stratejilerin, sistemlerin, prosedürlerin ve tekniklerin uygulanmasıdır (Mohammad, 2007). Bir uçak firmasının müşterisini ulaştırmak istediği yere götürürken uçağın konforu, rahatlığı; bir lokantada yemek yedikten sonra yemeğin lezzeti; hastanede muayene olduktan sonra hastanın durumu (Sağnak, 2010) bir hastanenin, hastaya sağlık hizmeti vermesi ve bu hizmetlerin sonucunda müşterinin tatmini ya da tatminsizliği teknik kaliteye örnek olarak verilebilir (Şen, 2010; Yeşilada ve Direktör, 2010).

İşlevsel (Fonksiyonel) Kalite: Müşteriye nasıl hizmet edildiği, hizmetin müşteriye nasıl ulaştırıldığı anlamına gelmektedir. İşlevsel kalite, müşterinin ön yargılarından, algılamalarından daha çok etkilenir. Hizmet işletmelerinde, çalışanların görünüşleri ve tavırları, ne söyledikleri ve nasıl yaptıkları, müşterilerin hizmet hakkındaki görüşlerini etkilemektedir.

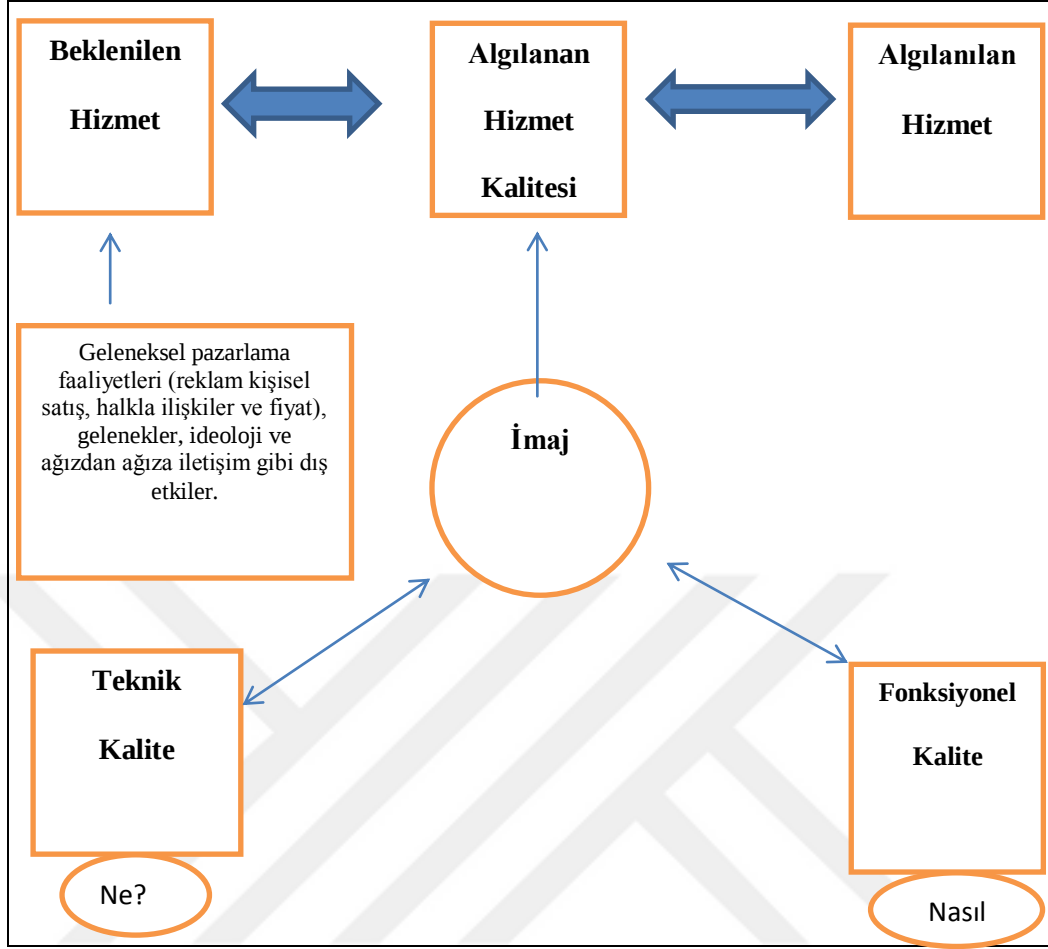
Teknik boyutun müşteriye nasıl ulaştığı da önemlidir. Örneğin; uçak personelinin müşteriye tavır ve davranışları, hastane personelinin hasta muayene olurken hastaya karşı tutumları, lokantaya yemek için giden müşteriye garsonun

yemeği sunuş şekli kalitenin işlevsel boyutunu oluşturur ve genellikle teknik boyut için yapılan objektif değerlendirmeleri işlevsel boyut için söylemek zordur (Sağnak, 2010).

Yapılan alışmalar, teknik kalitede oluşabilecek performans düşüklüğünün işlevsel kalitenin yüksek olmasıyla kapatılabileceğini göstermektedir. Eğer işlevsel kalite yetersiz ise teknik kalite istenilen seviyede olsa da müşterinin tatmin düzeyi düşük olabilecektir (Mohammad, 2007).

Firma İmajı: Çeşitli kuruluşlar hakkında insanların düşüncelerinde oluşan fikirler anlamına gelir. Bu fikirler dolaylı ya da dolaysız bir şekilde algılanır ve deneyimler sonucunda oluşmaktadır. Kısaca firma imajı, kişilerin firma hakkında okudukları, gördükleri, deneyimleri, işletme gelenekleri ya da doğrudan işletme ile ilişki kurduklarında edindikleri fikirlerdir (Işık, 2005).

Müşterilerin düşüncesindeki hizmet sunucu iyiye ve ayrıca olumlu bir imaja sahipse oluşabilecek kk hatalar affedilebilmekte, ancak, hatalar sık sık tekrarlanırsa, imaj bozulabilmektedir (Barutçu, 2008). Grönroos'a göre kalite algılanırken, imaj, önemli bir etkiye sahiptir. Müşteri alacağı hizmetin hizmet kalitesine ilişkin beklentileri ile ilgili, hizmet verenin imajı hakkında bir görüşe sahiptir (Grönroos, 1984). şekil 1.2.'de algılanan hizmet kalitesinin teknik kalite, işlevsel kalite ve imaj ile olan ilişkisi sunulmuştur.



Şekil 1.2. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli (Seth ve ark., 2005).

Grönroos'un hizmet kalitesi konusunda geliştirdiği modelin temelini, toplam algılanmış kalite oluşturmaktadır. Toplam algılanmış kalite, müşterinin beklentileri ile hizmet sonrası aldığı kaliteyi kıyaslamasıyla oluşur. Grönroos'un hizmet kalitesi modelinde algılanan hizmet kalitesinde beklenen ve algılan hizmet olarak iki cephe vardır. Beklenen kalite birçok etkenin bir bileşeni olarak ortaya çıkmaktadır. Bu etkenler (Gürsoy, 2013);

- Pazar iletişimi (reklam, kişisel satış)
- İmaj (kamuyunda, toplumdaki algı)
- Kulaktan kulağa iletişim (sözlü iletişim, fısıltı gazetesi)
- Müşteri ihtiyaçlarıdır.

Geleneksel pazarlama faaliyetleri; reklam, kişisel satış, halkla ilişkiler ve satış kampanyalarını içine alıp, bu faaliyetler işletmenin denetimi altında gerçekleşir. Doğrudan işletmenin denetimi altında olmayanlar ise sözlü iletişim ve imajdır (Gürsoy, 2013).

Modelin ikinci bölümünde ise algılanan hizmet (yaşanan) vardır. Algılanan hizmet, hizmeti aldıktan sonra hizmetin gerçekte ne olduğudur. Teknik kalite, yani hizmetin sonucunda “ne sunulduğu” ile fonksiyonel kalite yani hizmetin “nasıl sunulduğu”, müşterinin zihninde canlandırdığı firma imajı ile bütünleşmesi sonucunda müşterinin algıladığı kaliteyi oluşturur. Müşterilerin beklediği hizmet ile hizmet sunumu sonrası algıladığı hizmet kalitesinin kıyaslanmasıyla algılanan kalite oluşur. Algılanan kalite, beklenen kaliteden fazlaysa yani bekleneni aşmışsa müşteri memnuniyeti sağlanmış olur ve toplam algılanan kalite yüksektir. Eğer algılanan kalite beklenen kaliteden düşükse müşteri memnuniyetinden söz edilemez (Mohammad, 2007).

1.4.1.4. Parasuraman, Zeithaml ve Berry’nin Hizmet Kalitesi Modeli

Hizmet sunan firmaların kalite derecelerinin ölçülmesinde firma ve müşteri algılarında farklılıklar oluşmaktadır. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından 1980 yılında tasarlanan ve “Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli” olarak adlandırılan yöntem, günümüze kadar en yaygın olarak kullanılan model olmuştur. Bu çerçevede hizmet kalitesinin tanımından yola çıkarak, etki eden faktörleri araştıran ve sonrasında ölçülebilir bir hale getiren çalışmalarda hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” kavramı kullanılmıştır. Bu kavram müşterinin hizmeti kullanmadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile kullandıktan sonraki deneyimini kıyaslamaya dayalıdır. “Beklenen hizmet kalitesi, müşterilerin hizmet almadan önceki düşüncelerini ifade ederken, algılanan hizmet kalitesi ise, müşterinin hizmet öncesi beklentileri ile hizmet sonrası düşüncelerinin (algılarının) karşılaştırılması sonucu ” ortaya çıkan durumu belirtmektedir (Zeithaml ve Bitner, 2000).

Parasuraman Zeithaml ve Berry 1985'te yaptıkları çalışmalar sonucunda müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirirken yararlandıkları 10 hizmet kalitesi boyutunu ortaya koymuşlardır. Bu boyutlar;

- **Fiziksel Özellikler (Tangibles):** Firmaların hizmet sundukları ortamın fiziksel (somut) özellikleri olarak ifade edilir. Kullanılan araç gereç donanım ve teknolojik gelişmelere göre kullanılan malzemeler personelin kıyafeti gibi hizmet verilen ortamın maddi unsurlarını içerir.
- **Güvenilirlik (Reliability):** Firmanın verdiği hizmeti dikkatli ve güvenilir bir şekilde, bir kerede, performans tutarlılığı ile eksiksiz bir şekilde, zamanında ve her seferinde standart bir şekilde yapmasıdır. Bir araba tamirinde problemin ilk seferinde giderilmesi, hasta için yapılan teşhislerin doğruluğu örnek olarak gösterilebilir.
- **Heveslilik (Responsiveness):** Şirket elemanlarının zamanında hizmet vermeye hazırlıklı, istekli (hevesli) olmaları ile açıklanmaktadır. Bir hizmetin yerine getirilmeme durumunda profesyonelce tepki gösterebilme yeteneği, müşteriye yardımcı olmada gösterilen ilginin samimiyeti, zamanında ya da anında hizmet verebilmeyi kapsamaktadır.
- **Yeterlilik (Competence):** Firma çalışanlarının hizmeti yerine getirebilmesi için gerekli mesleki bilgiye, birikime ve donanıma sahip olması olarak ifade edilir. Çalışanların alanlarındaki yenilikleri takip etmeleri, aldıkları eğitimleri, uzman oldukları alandaki başarıları, yetenekleri, özelliklerini içermektedir.
- **Nezaket (Courtesy):** Firma çalışanlarının müşterilerine karşı incelikleri, saygısı ve samimiyeti olarak ifade edilir. Aynı zamanda çalışanların giyim kuşamları, yüz ifadeleri, güler yüzlülüğü, müşterinin orada olmasından dolayı memnuniyeti ifade edecek eylemler örnek olarak gösterilebilir.
- **İnanılrlık (Credibility):** Firma çalışanlarının müşterilere içten samimi ilgi göstermeleri olarak belirtilir. Firmanın inanılrlılığını ve itibarını artıran

etkenlerden biri de dürüstlük felsefesidir. Bu felsefede oluşturulan işletmelerin imajları da olumlu olur. Şirketin itibarı, adı, müşteri ile iletişim içerisinde olan personelin kişisel özellikleri inanılabilirliğe katkı sağlar.

- **Emniyet/Güven (Security):** Müşterilere sunulan hizmetlerin firmalar tarafından şüphe ve risklerden arındırılmış olması, güven duygusu aşılması olarak ifade edilir. Müşterilerin kendilerini rahatlıkla ifade edip konuşulan şeylerin orada kalması yani firmanın özel bilgilere riayet etmesi (mahremiyet ilkesi), finans hizmetlerinde müşteriye verilen güven duygusu, çalışılan personele güvenilmesi, bu amaçla dürüst personel çalıştırılması ve fiziksel güvenliği içine alır.
- **Erişilirlik (Access):** Müşterilerin hizmet aldıkları firma ile istedikleri zaman, rahatlıkla iletişim ve temas kurmasının olanaklılığı olarak ifade edilir. Bunun dışında yöneticilerin, dış müşterilerin dışında iç müşterileri olan çalışanlarının da teklif ve önerilerine her zaman açık olması da bu boyut içerisinde değerlendirilmektedir.
- **İletişim (Communication):** Müşterilerle diyalogda olan firma çalışanlarının her zaman onların anlayacağı dilde konuşup bilgi vermesi şeklinde ifade edilir. Her müşterinin eğitim düzeyi, anlama kapasitesi aynı olmadığından, firma elemanlarının her bir müşterinin durumuna göre kullanacakları dilin yalın veya konunun daha genişletilerek izah edilmesi gibi farklı müşteriler için dilini ayarlamasıdır.
- **Müşteriyi Anlama (Understanding the Customers):** Müşteriye özel ilgi gösterilmesi, hoş görme, halden anlama olarak tanımlanmaktadır. Müşterinin belirli gereksinimlerinin öğrenilmesi, özel ilgi gösterilmesi, kendi adları ile çağırılması, onları gururlandırmanın yanı sıra müşteriyi yakından tanıyan çalışanlarla aralarında oluşacak güven duygusu kaliteyi artırmada da bir etkidir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry çalışmalarını tekrar gözden geçirip değerlendirmişlerdir ve oluşturdukları on boyutun bazılarının birbirleriyle ortak olduğunu göz önüne alarak boyut sayısında bir değişikliğe gidip benzer olan boyutları birleştirmişlerdir (Kuzu, 2010).

Parasuraman Zeithaml ve Berry'nin "Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven ve Empati" başlıkları altında birleştirdikleri bu beş boyuta ilişkin ayrıntılar Çizelge 1.4'de sunulmaktadır (Rahman ve ark., 2007). Bu çalışmada Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin geliştirdiği ölçek kullanıldığı için ayrıntılı açıklamalara 1.7.2. bölümünde yer verilmiştir.

1.4.1.5. Normann'ın Hizmet Kalitesi Modeli

Normann tarafından 1984 yılında geliştirilen bu model, kapsamlı ve dengeli bir kalite yaklaşımı, hizmet paketi, hizmet veren personel ile hizmet alan müşteri arasındaki etkileşimi, hizmet sunum süreci ve hizmetin yönetim sistemlerinin esnek (değişir) ve katı (değişmez) özelliklerini içine almaktadır. Bir hastanenin poliklinik odalarının temizliği, bir otobüsün kalkış saati, güzellik salonunda verilen hizmetin saatinde verilmesi değişmez özelliklerdir. Hizmet veren personelin müşteri ile olan diyalogu, yakınlığı, samimiyeti hizmet kalitesinin değişir yönleridir. Normann, "değişir ve değişmez" özelliklerin birbiri ile etkileşim halinde olduğunu, hizmet sistemini ve bir bütün olarak hizmet kalitesini etkileyeceğini savunmaktadır (Mohammad, 2007).

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Küreselleşen dünyada artan yoğun rekabet ortamında ayakta kalabilmek için firmalar müşterilerine doğru zamanda, uygun fiyattan, en kaliteli ürün ya da hizmeti sunmak zorundadırlar. Bu durum her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri için de

geçerlidir. Günümüzde artık daha bilinçli bir toplum olduğu varsayılırsa piyasalardaki rekabet ortamı ve yükselen maliyetlerin her geçen gün sağlık işletmelerinde de kaliteye verilen önemi artırdığı söylenebilir (Yalkın, 2010). Sağlık hizmetlerinde kalite, verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılamaının yanı sıra, yapılacak olan teşhis ve tedavinin bilimsel normlara ve çağdaş tıp bilimine uygun olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri literatürüne bakıldığında sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili bir çok tanıma rastlamak olanaklıdır. Bu tanımlardan biri de Avedis Donabedian'ın yaptığı tanımdır. Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi; “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlamaktadır (Donabedian, 2003).

ABD Tıp Enstitüsü tarafından sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili yapılan bir araştırmada, sağlık hizmeti kalitesi ile ilgili çok fazla tanımın yazında olduğu belirtilmiştir. Sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitli nedenlerden etkilenmesi, sağlıkta kalite kavramının tanımlanmasında çeşitliliğe ve kişisel olarak algılanmasına neden olmaktadır. “Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri bilimi ve teknolojisi ile şu anki profesyonel bilgi ile uygulanmasının bir çıktısı olarak ifade edilebilir. Bu çıktı etkililik, etkenlik, optimallik, verimlilik, yasallık, kabul edilebilirlik ve hakkaniyeti içine alan özelliklerle nitelendirilebilir” (Kaya ve ark., 2013).

Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi yapı, süreçler/işlemler ve sonuçlar olarak üçe ayırmıştır (Donabedian, 2003). Sağlık kuruluşunun yapısı, sağlık hizmeti verilen ortamın karakteristik özelliğini ifade eder. Sağlık kuruluşunun fiziksel mekanik ve teknolojik yapısı, çalışanlarının meslekleri ile ilgili bilgi ve donanımı, profesyonel karakterleri, yönetim felsefesi ve hizmet verilen toplumun demografik özellikleri sağlık hizmetlerinin kalitesini etkiler (Akalm, 2010).

Sağlık kuruluşunda süreçler/işlemler; hastanın tedavi sürecinde tanı ve tedavide hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki ilişkinin iyiliğidir. Bu çok önemli bir ögedir. Kişiler arası görüşme yoluyla, hasta hastalığı ile ilgili bir sonuca varmak için gerekli olan bilgiyi verir ve kendisine uygun bulduğu hizmet yöntemlerini seçerek ihtiyacı olan tercihlerini iletir. Doktor, o gün için geçerli olan bilimsel bilgilere uygun olarak hastalığın tanısını koyarak, sürecin nasıl işleyeceği ile ilgili hastayı bilgilendirir ve hastayı motive ederek onu aktif bir şekilde sürecin içine dahil eder. Sürecin, teknik hizmetin uygulanmasını sağlayan ve bu hizmetin başarısının dayandığı bir araç olduğu açıktır (Kaya, 2005).

Sağlık hizmetlerinde sonuçlar, alınan sonuçların hūmanistik, klinik ve ekonomik açıdan ele alınması ve iyileştirilmesi ile hizmet sonucu elde edilen çıktılardır (Akalm, 2010).

1.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Donebedian, sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde önemle üzerinde durulması gereken değişkenleri yedi başlık altında toplamıştır. Bu değişkenler, hizmetlerin bir biçimde kaliteli olup olmadığının belirlenmesinde yol gösterici esas özellikler olarak kabul edilebilir. Donebedian'ın oluşturduğu yedi kalite bileşeni aşağıda sunulmuştur (Donabedian, 2003).

- **Etkenlik (Efficacy):** Etkenlik hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişme için verilen hizmetin mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde mevcut olanakların kullanılmasını ifade eder.
- **Etkililik (Effectiveness):** Etkenliğe zıt olarak etkililik hastaların sağlık seyrinde gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi sonucu beklenen somut gelişmedir. Verilen sağlık hizmeti hastanın sağlık seyrinde olumlu değişiklik

yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Eğer hastanın sağlık seyrinde hiçbir şekilde olumlu bir değişim yoksa verilen hizmetin diğer özellikleri çok iyi olsa da hizmet kaliteli olarak kabul görmez.

- **Verimlilik (Efficiency):** En iyi hizmetin en düşük maliyetle üretilmesidir. Eğer iki hizmet aynı sonucu veriyorsa düşük maliyetli olan hizmet yüksek maliyetli olan hizmete kıyasla daha kalitelidir.
- **Optimal Olma (Optimality):** Hastaya verilen hizmetteki iyileştirmede, değişen faydanın iyileştirmenin maliyeti ile dengelenmesidir. Diğer bir anlatımla, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile faydaları arasındaki “en iyi” dengenin kurulmasıdır.
- **Kabul Edilebilirlik (Acceptability):** Kabul edilebilirlik, sunulan hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının beklentileri, değerleri ve istekleriyle uyumlu olmasını ifade eder.
- **Yasalılık (Legitimacy):** Sunulan hizmetlerin hizmeti alan tarafından kabul edilmesi olarak ifade edilebilir. Bir sağlık işletmesinin sunduğu hizmetler, hizmeti verdiği kişi veya toplumun değerlerine, etik kurallarına, yasalarına, normlarına uygun değilse, kişi veya toplum tarafından kabul edilmeyecektir.
- **Hakkaniyet (Equity):** Tüm bireylere eşit ve adil biçimde hizmet verilmesi, bireyler arasında herhangi bir şekilde ayrımcılık yapılmaması ve verilen hizmet sonucu alınan faydanın herkes için eşit olmasını ifade etmektedir.

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda, yüksek kaliteli sağlık hizmetinde olması gereken özellikler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Özgen, 1995; Devedakan, 2006):

- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlı ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulmasıdır.

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

Sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, sağlık bakım hizmetlerinin milattan öncesi çağlara kadar uzandığı gözlemlenmiştir (Yanık, 2000). Asur, Çin, Eski Mısır, Meksika ve Japonya’da “Sistematik Tıp Okulları” ve iyi uygulama gelenekleri bulunmakta idi (Öztürk, 2002). Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına (Hipokrat Yemini gibi) rastlanılmaktadır (Yanık, 2000). M.S. 1000 yıllarında İran’da tıbbi uygulama yapanların bilgi düzeyleri sınavla değerlendirilmiştir (Kaya, 2005).

16. yüzyılda İspanyol Juan Cuidad Duarte, zihinsel özürlüler için bakım standartları oluşturmuştur. 20 yüzyıl başlarında çok sayıda Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında

Amerikan Cerrahi Okulu (The American College of Surgeons) hastane standardizasyon programı geliştirmek için çalışmalar başlatmış ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere kontrol edilmesi için kayıt sistemlerini okula sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir (ztrk, 2002). Bu gelişmenin ardından, sağlık kuruluşlarının karlılarını artırmak amacı ile hastaneye daha fazla hasta çekebilmek için bu tür organizasyonlara katıldıkları gözlemlenmiştir (Bykses, 2012).

1929 yılında kurulan Uluslararası Hastaneler Federasyonu, dünya genelinde sağlık hizmeti ve hastane organizasyonlarının birliği olarak, sağlık organizasyonları ve hastaneler arasında iletişim ve işbirliğinin geliştirilmesi, hasta güvenliğinin iyileştirilmesi ve sağlık hizmetinin yetersiz olduğu alanlarda çalışmalar yapmıştır (Yetkinlioğlu, 2009).

Amerikan Cerrahi Okulu bu kez 1952’de Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians) gibi diğer bazı meslek birlikleri ile birleşerek, Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu’nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations – JCAHO) oluşturmuşlardır. Artık ABD’de kamu fonlarından sağlık hizmeti alanların JCAHO tarafından kabul edilmiş kurumlara başvurmaları zorunludur. Ayrıca kamu fonlarından yararlanmayanları çekebilmek için de akreditasyon, sağlık kurumları için önemli bir rekabet ölçütü olmuştur. Benzer akreditasyon sistemleri Kanada, Yeni Zelanda ve Avusturalya’da da uygulanmaktadır (ztrk, 2002).

Formel kalite güvencesinin başlangıcının 1960 ve 1970’li yıllar arasında olduğu dşnlmektedir. Bu dönemde kalite artık sadece profesyonelleri ilgilendiren bir konu olmaktan çıkıp, kaliteyi iyileştirme, maliyetleri azaltmak amacıyla devlet ve ödeme yapan üçüncü şahışlar için de önemli bir konu haline gelmiştir (Kaya, 2005). Son 30 yıldır hastaneler kalite iyileştirme yolları, operasyonel verimlilik ve

maliyetleri azaltmak için pek çok kalite geliştirme stratejileri aramaktadırlar (Andel ve ark., 2012).

1990'lı yıllarda ABD de dahil olmak üzere bir çok ülkede, teknolojiye sürekli değişim ve bu değişimlere bağlı olarak ortaya çıkan yeni gelişmeler, maliyetlerin yükselmesi ve tüketici beklentilerinin geçmişe oranla artması gibi nedenlerden dolayı, kaliteli sağlık bakım hizmeti sunma kaçınılmaz bir sorumluluk olarak görülmektedir (Yanık, 2000). Bu yıllarda dünya çapında akreditasyon hizmetleri sağlamak ve uluslararası toplumlarda sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesi misyonuyla, Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nun alt bölümü olarak Uluslararası Birleşik Komisyon JCI (Joint Commission International) kurulmuştur (JCI, 2016). 1990'lı yıllarda kurulan JCI, Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nun Amerika Birleşik Devletleri dışında akreditasyon hizmetlerini sunabilmesi için oluşturulmuştur. JCI'nın hedefi, uluslararası standart ve göstergeleri uygulayarak sağlık hizmet kuruluşlarında kalıcı bir iyileştirmenin uygulanmasıdır (Karabulut, 2009). Bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kuruluşlarının en büyük denetleyicisidir. Gönüllü bir akreditasyon süreci aracılığıyla 21.000'den fazla sağlık hizmeti organizasyon ve programını denetlemektedir (JCI, 2016).

Türkiye'de sağlıkta kalite standartlarına 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlanmıştır. 2005 yılında ilk defa sağlıkta kalite standartlarıyla ilgili 100 kriterlik soru seti yayınlanmıştır. Sağlıkta hizmet kalitesi değerlendirmesi 2005 yılında il sağlık müdürlükleri tarafından yapılırken, 2010 yılında ülke genelinde Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği ekipler tarafından yapılmaya başlanmıştır (Kibar, 2014). Türkiye'de sağlıkta kalite ile ilgili gelişmelerin ayrıntılı açıklamalarına 1.6. bölümünde yer verilmiş olup tekrara düşmemek için bu bölümde ayrıntıya yer verilmemiştir.

1.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi İle Hasta Tatmini Arasındaki İlişki

Hizmet kalitesi ve müşteri tatmini birbirinden farklı kavramlardır. Popüler basında öne çıkan kimi yazarlar ve bazı uygulamacılar, kalite ve memnuniyet kavramlarını ayırım gözetmeksizin birbirlerinin yerine kullanıyor olsalar da araştırmacılar bu iki kavramın anlamı ve ölçümü hakkında daha titiz davranmaktadırlar. Tatmin ve kalite kavramlarının altında yatan temel nedenlerin ve sonuçların farklı olduğu yönündeki düşünce birliği giderek yaygınlık kazanmaktadır. Kalite ve tatmin kavramlarının pek çok ortak noktaları olsa da tatmin daha geniş bir kavram olarak düşünülür.

Hizmet kalitesi kavramını incelemeye başlamadan önce müşteri memnuniyeti ölçümü ile hizmet kalitesi ölçümünü birbirinden ayırmak gerektiği belirtilmelidir. Hizmet kalitesi ile müşteri tatmini yapısal olarak farklı tanımlanmış olmalarına rağmen, aralarındaki ilişki kesin bir şekilde açıklanamamaktadır (Spreng ve Maccoy, 1995). Pek çok uzman; müşteri tatminini kısa dönemli olduğu ve belirli bir işlemi ölçtüğü, buna karşılık hizmet kalitesinin ise uzun dönemli genel bir performans değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan bir tutum olduğu konusunda hemfikirdirler (Douglas ve Bateson, 1997). En yaygın tanıma göre müşteri tatmini; müşterinin hizmet almadan önceki beklentileri ile hizmet aldıktan sonra müşteride oluşan algıların kıyaslanmasıdır (Öztürk, 2007).

Taylor ve Cronin (1994) kısa dönemde müşteri memnuniyet değerlendirmelerini ve uzun dönemde müşteri hizmet kalitesi davranışlarını etkileyen stratejik hedefler geliştirmeleri açısından, iki kavramın farklı olduğunun sağlık hizmetleri veren kuruluşların pazarlama yöneticileri açısından önemli olduğunu belirtmişlerdir (Varinli ve Çakır, 2004).

“Hasta tatmini; hizmetten beklediği performansa, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hizmetin

sunuluşunun sosyo-kültürel değerlerine (sosyal sınıf ve statüsüne, kendi ve aile kültürüne, önyargılarına, alışkanlıklarına, kendi zevk ve yaşam tarzına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur. Hasta memnuniyetinin devamlılığının sağlanması ve artırılması için, hasta hizmeti almadan önce alacağı hizmetten haberdar olmasından, hastanın aldığı hizmetten ilişkisi bütünüyle kesilene kadar geçen süreçte yukarıda belirtilen tanımda ifade edilen etkenlere bağlı olarak doğru zamanda doğru karşılık verilmesi gerekmektedir. Hasta memnuniyetini etkileyen etkenler olarak teknolojik altyapı, hijyen, zamanlılık, ilgi gibi hizmetin yanı sıra, ihtiyaç halinde ulaşılabilen, uygun fiyatta ve kalitede olma etkenleri de göz önüne alınmalıdır (Engiz, 2010).

Hasta memnuniyeti, ekonomik kâr güdüsünü benimseyen sağlık işletmelerinin esas unsurlarından biridir (Churchill ve Carol, 1982; John, 1992; Varinli ve Çakır, 2004). Bu anlayışın amacı müşteri memnuniyetini sağlayarak kâr elde etmektir. Bu durumda müşteri memnuniyeti; “sunulan hizmetten sonra müşterinin verilen hizmet hakkında oluşan düşüncelerini yansıtan satın alma sonrası bir olaydır” (Bearden ve Jesse, 1983; Churchill ve Carol, 1982; Varinli ve Çakır, 2004). Bu nedenlerle müşteri tatmini kavramı yerine hizmet kalitesi kavramı kullanılacaktır. Hizmet kalitesi, hizmet sunanların nezaketi, çalışanların uzmanlığı, müşterileriyle olan iletişimi, haberleşme araçlarının açıklığı, hizmetin müşteri ihtiyaçlarına ne ölçüde cevap verdiği, hizmet yerine giriş kolaylığı, hizmet sayesinde ortaya çıkan sonuçların kalite ve hızlılığı ile ilişkilidir (Yıldız, 1994).

1.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi İle İlgili Çalışmalar

İnsanların refah seviyelerinin yükselmesi ve eğitim seviyelerinde yaşanan iyileşmeler, satın aldıkları mal veya hizmeti sorgulamalarına, firmaların ise artan rekabet ortamında mücadele edebilmeleri için yenilikçi yaklaşımları takip etmek zorunda kalmalarına neden olmuştur.. Benzer gelişmeler sağlık sektörü için de geçerli olduğundan, sağlık kuruluşlarının hasta bağlılığını artırmak için hizmet kalitesini sürekli iyileştirmesi gerekmektedir.

Günümüzde hizmet ve üretim anlayışında sürekli iyileştirmeler yapılmaktadır. Yapılan iyileştirmelerde insan odak noktası olarak alınmaktadır. İnsanın odak noktası olduğu en önemli hizmet alanlarından biri de sağlık hizmetleridir. İnsanın daha kaliteli ve istenilen seviyede yaşamını sürdürebilmesi için sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili sürekli çalışmalar yapılmalıdır.

Türkiye’de son yıllarda sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili çalışmalar hız kazanmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu büyük oranda Sağlık Bakanlığı’nda olduğu için, Bakanlığa bağlı birimlerde yapılacak çalışmaların Türkiye sağlık sistemine büyük katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2001 yılında, Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında verilen tüm hizmetlerin ve sunulan faaliyetlerin, toplam kalite yönetimi anlayışı ile; güven, kalite, motivasyon, rekabet, yüksek verim, süreklilik, grup anlayışı ve kalite kültürü içinde sürdürülmesine ilişkin usûl ve esasları düzenlemek amacıyla “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlamıştır. Böylelikle toplam kalite yönetimi anlayışının kurum bünyelerinde yerleştirilmesi çalışmalarına adım atılmış ve kalite kültürü yaratılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001).

Sağlık Bakanlığının 2003 yılında yayımlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın sekiz bileşeninden biri “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon”dur (Yaşar, 2011). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda kalitenin bu döneme kadar ihmal edildiği, fakat, bugün hem finansal kaynak sağlayıcıları hem de hizmet sunucuları tarafından öneminin artarak dikkat çekmeye başladığı belirtilmektedir (Kaya ve ark., 2013).

Sağlık Bakanlığı 2005 yılında “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi”ni hazırlanmıştır. Bu yönergeyle, sağlık hizmetlerini iyileştirerek, kaliteli, sürdürülebilir

verimli hizmet sunumunun sağlanması ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarının belirlenen amaçlara ulaşmaları için karşılaştırılabilir, ölçülebilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi ve halkın düşüncelerinin bu sürece dahil edilmesi ve buna emeği geçen çalışanın teşvik edilmesi amaçlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005). Yönergenin hazırlanması ile süreçlerin değerlendirilmesi, hizmet altyapısı, sağlık hizmetlerine ulaşım, hasta memnuniyetinin ölçümü ve amaçlanan hedeflere ulaşma kriterlerine dayalı sağlık kurumu değerlendirme sistemi yaşama geçirilmiştir. Buna istinaden, yönergeye göre hesaplanan kurum performans katsayısı, kurumda çalışan personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına ilişkin yönerge esasınca yapılacak ek ödemeye esas oluşturmuştur. Böylelikle, kalite iyileştirme faaliyetleri, personelin geliriyle ilişkilendirilerek parasal olarak teşvik edilmiştir (Kaya ve ark., 2013).

Sağlıkta hizmet kalitesi ölçütlerini yükseltmek, sağlık hizmetleri çalışmalarında hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, sağlığın bütün bileşenleri ile ortak hareket etmek, hareketli yapısıyla yeniliklere liderlik etmek amacı ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Sağlık Bakanlığı tarafından çalışan ve hasta güvenliği ile çalışan ve hasta memnuniyetinin oluşturulmasına esas olan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların hayata geçirilmesine dair usul ve esasları ortaya koyan “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu yönetmeliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, çalışan güvenliği, hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti, hasta memnuniyetine ilişkindir.

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce değerlendirme faaliyetlerini

gerçekleştirmek üzere “Değerlendiriciler” yetkilendirilecektir. Yetkilendirilen Değerlendiriciler, kamu veya özel ayrımı olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlıkta kalite standartlarının uygulanıp uygulanmadığını ve uygulanma düzeylerini belirlemek için yerinde inceleme yapacak. Kamu ve özel sektöre ait hastaneleri, tıp/dal merkezlerini, ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastanelerini, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarını, poliklinikleri, tıbbi laboratuvarları, görüntüleme, kan ve diyaliz gibi merkezleri ile il ambulans servislerinin tamamı için SKS (Sağlıkta Kalite Standartları) belirlenecektir. Yönetmeliğe göre standart belirlenen veya rehberi yayınlanan tüm alanlarda kalite değerlendirilmesi yapılacaktır (Kamu Mali Yönetimi, 2016).

Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane versiyonu, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Türkiye’de sağlık alanında hizmet sunan tüm hastanelerde öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla hakkaniyet, zamanlılık, uygunluk, verimlilik, etkinlik, etkililik, süreklilik sağlıklı çalışma yaşamı, hasta odaklılık ve hasta güvenliği hedeflerini gerçekleştirilmeye yönelik oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Sağlık Bakanlığı çalışmaları yanı sıra, Türkiye’de kalite ile ilgili çalışmalardan söz ederken üzerinde önemle durulması gereken başka bir konu 04.11.1999 tarih ve 4457 sayılı yasayla kurulan Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK)’tır. Merkezi Ankara’da olmak üzere Başbakanlıkla ilgili, özel hukuk hükümlerine tabi, tüzel kişiliği haiz, kâr amacı gütmeyen, idari ve mali özerkliğe sahip bir kurum olarak kurulan TÜRKAK; “uygunluk değerlendirme kuruluşlarını akredite etmek, bu kuruluşların ulusal ve uluslararası standartlara göre faaliyet

bulunmalarını ve bu suretle uygunluk değerlendirme kuruluşlarınca düzenlenen belgelerin ulusal ve uluslararası alanda kabulünü temin etmek amacıyla kurulmuştur (TÜRKAK, 2016).

Diğer bir anlatımla TÜRKAK, uygunluk değerlendirmesi faaliyetlerinde bulunan kuruluşların ortak teknik prensip ve işleyiş usullerine göre çalışmalarını sağlamak, belirlenmiş uluslararası kriterler karşısında yeterliliği tespit edilenlerin verdiği belge ve raporların karşılıklı tanınabilirliğini temin etmek amacıyla, birçok ülke gibi uygunluk değerlendirmesi sahasını düzenleyen akreditasyon birimi olarak kurulmuştur (TÜRKAK, 2016).

1.7. Hizmet Kalitesinin llmesi

Hizmet sektöründe müşterilerin almış olduğu hizmet kalitesinin ölçülmesi pek kolay değildir. Bunun için birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu bölümde somut bir kavram olmayan hizmet kalitesinin bazı ölçeklerle nasıl ölçülebileceğine yer verilmiştir.

Herhangi bir nesneyi elle tutarak, dokunarak, hissederek, bazı ölçümler yaparak, o ürün üzerinde bir kanıya varılabilir; fakat soyut bir kavram olan hizmet için bunları söylemek olanaklı değildir. Hizmet kavramı kişiye, mekana, zamana göre farklılık gösterir. “llemeyen şey iyileştirilmez” (Ersöz ve ark., 2009) mantığı ile hareket edilerek yapılan bazı çalışmalar neticesinde ölçülemeyen olarak nitelendirilen hizmet kalitesinin ölçülebileceği anlaşılmıştır.

1.7.1. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Ölçekler

Hizmet kalitesinin ölçümüne dair yapılan pek çok çalışma yazına girmiştir. Bu çalışmalardan bir kısmı sıklıkla kullanılırken, bir kısmı ise yalnızca sektörel alanlarda kullanılmaktadır. Hizmet kalitesini ölçmek için en çok tercih edilen ölçeklerden biri, Parasuraman ve arkadaşları tarafından oluşturulan SERVQUAL ölçeğidir. SERVQUAL Ölçeği dışında kullanılan diğer ölçekler aşağıda sunulmuştur (Ersöz ve ark., 2009);

Kritik Olaylar Yöntemi
Benchmarking
Toplam Kalite Endeksi Yöntemi
Grup Mülakat Yöntemi
Servperf
Hizmet (Linjefly) Barometresi
İstatistiksel Yöntemler

1.7.2. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Ölçeği

Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen SERVQUAL Ölçeği, hizmet kalitesi ölçümünde sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Bu başlık altında, SERVQUAL ölçeğinin geliştirilmesi, soru formu, ölçeğe ilişkin eleştiriler, sağlık hizmetlerinde SERVQUAL ölçeğinin uygulanması ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

1.7.2.1. SERVQUAL Ölçeğinin Geliştirilmesi

Hizmet kalite beklentisi kişiden kişiye değişebilmektedir. Ayrıca müşteri beklentilerini belirlemek hem maddi hem de zaman açısından işletmeyi zor duruma sokabilmektedir. Bu nedenle Parasuraman ve arkadaşları 1985 yılında hizmet kalitesinin ölçülmesi için derinlemesine yapmış oldukları çalışmalarında; kullanımı kolay, ayrıntılı bilgi alan, güncellenmesi daha rahat yapılabilen ve her sektör için uygulanabilecek bir ölçek geliştirmeye çalışmışlardır (Gökdere, 2001; Sürmeli, 2002; Yılmaz ve ark., 2007).

Bu hedef doğrultusunda 1988 yılında dört farklı hizmet sektörü (kredi kartı hizmetleri, menkul kıymet komisyonculuğu, bireysel bankacılık, tamir bakım servis işletmeciliği) üzerinden hareket ederek, 200 kişiden oluşan, bunlardan 100'ü erkek ve 100'ü de kadın olmak üzere, bir grup oluşturmuşlardır. Burada müşterilerin beklenen ve algılanan hizmet kalitesini tek tek hesaplayıp, değerlendirme sonucunda firmaların, algılanan hizmet kalitesi düzeyinin ölçülmesini amaçlamışlardır. SERVQUAL ölçeği on hizmet kalitesi boyutundan faydalanılarak belirlenmiş ve beklenen ve algılanan hizmet kalitesi olmak üzere iki bölümden meydana getirilmiştir (Parasuraman ve ark., 1988 ve 1990).

On hizmet kalitesi boyutu;

- Fiziki Görünüm
- Güvenilirlik
- Heveslilik
- Yeterlilik
- Nezaket
- İnanırlılık
- Emniyet

- Erişilirlik
- İletişim
- Müşteriyi Anlama

özelliklerinden oluşmaktadır.

Parasuraman ve arkadaşları, literatürdeki ölçek geliştirme kurallarından olan ölçek maddelerinin yarısı negatif ve yarısı pozitif olması gerektiğinden hareketle, SERVQUAL ölçeğinin maddelerini ortalama olarak yarısı pozitif ve yarısı negatif ifadelerden oluşturmuşlardır. Çalışmaya katılanlara beklenti ve algı bölümlerinde bulunan ifadeleri değerlendirmeleri için yedili likert tipi ölçek uygulaması yapılmıştır. Kullanılan likert ölçeğinde 1 rakamı ile ifade edilen özellik “tamamen katılmıyorum”u, 7 rakamı ile ifade edilen özellik ise “tamamen katılıyorum”u ifade etmektedir. Diğer rakamlar (6-2) için ise herhangi bir sözel ifade belirtilmemiştir.

$$\text{Algılanan Hizmet Kalitesi (Q)} = \text{Algılanan Hizmet (P)} - \text{Beklenen Hizmet (E)}$$

Algılanan hizmet kalitesini; algılanan hizmetten beklenen hizmeti çıkararak hesaplayan bu yöntem ile her bir soru için SERVQUAL skoru hesaplanmıştır. Her bir soru önermesi için yedili likert üzerinden verilen cevaplar ile beklenti ve algı maddelerinin puanlarının karşılaştırılıp farkının alınmasıyla, her bir soru için minimum -6 ile maksimum +6 aralığında değişen SERVQUAL skorları hesaplanmıştır (Devebakan, 2001). Örneğin beklenti maddesine 1 algılanan maddesine ise 7 puan verilirse, o madde için algılanan kalite puanı 6 veya tam tersi beklentiye 7 algıya 1 puan verilirse, o madde için algılanan kalite puanı -6 olur. Parasuraman ve arkadaşları tarafından ortaya konulan SERVQUAL skorunun matematiksel ifadesi ise şu şekildedir (Parasuraman ve ark., 1990):

$$\text{SERVQUAL Skoru} = \text{Algılama Skoru} - \text{Beklenti Skoru}$$

Araştırmacılar, 97 beklenti ve 97 algı soru maddesi belirlemişlerdir. Bu soru önermelerinin beklenti ve algı olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır. Soru önermeleri üzerindeki beklenti ve algılananlar için olan maddeler tekrar değerlendirilip gözden geçirilerek 34'e düşürülmüştür (Devebakan, 2001). Araştırmacılar, istatistiksel analizler neticesinde soru önermelerini 22 öğeye düşürerek, beklenti ve algıları ölçmeyi amaçlayan iki bölümden oluşturmuşlar ve on hizmet kalitesi boyutunu ise kendi aralarında benzer olanlar aynı gruba alınarak beş boyuta (Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven ve Empati) indirgeyerek yeniden düzenlemişlerdir (Palmer, 1998). Parasuraman ve arkadaşlarına göre bu beş hizmet kalitesi boyutu iskelet görevi görmekte olup, istenildiğinde her hizmet sektörüne uygulanabilmektedir (Parasuraman ve ark., 1990). Parasuraman ve arkadaşlarının beş başlık altında birleştirdikleri boyutlar Çizelge 1.4.'de sunulmaktadır (Rahman ve ark., 2007).

Çizelge 1.4. Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Ölçütleri (Parasuraman ve ark., 1991)

	Fiziksel Özellikler	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	Empati
Fiziksel Özellikler					
Güvenirlilik					
Heveslilik					
Güven Yeterlilik Nezaket İnanılabilirlik					
Empati Ulaşılabilirlik İletişim					

Parasuraman ve arkadaşları tarafından yapılan düzenlemeler sonucunda SERVQUAL Ölçeğinin her bir boyutu ve boyutlara düşen soru sayısı Çizelge 1.5’de sunulmuştur (Parasuraman ve ark., 1991).

Çizelge 1.5. SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Boyutlara Denk Düşen Soru Önergeleri (Parasuraman ve ark., 1991)

Boyutlar	Önergeler	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	1-4	Hizmet verilen yerin fiziki görünümü, kullanılan donanım ve hizmet veren personel
Güvenilirlik	5-9	Üstlenilen hizmeti eksiksiz ve güvenilir bir biçimde yerine getirme becerisi
Heveslilik	10-13	Müşterilere karşı yardımsever ve istekli olma, hizmeti zamanında ve ivedi bir şekilde yerine getirme
Güven	14-17	Personelin bilgili olması, müşterilerine karşı kibar olmaları ve müşterilerde güven duygusu uyandırma yetenekleri
Empati	18-22	Firmanın müşterilere bireysel ilgi göstermesi ve müşterilere karşı duyarlılığı

Parasuraman ve ark. (1991) ölçeği tekrar gözden geçirmişler ve ölçekteki bazı negatif soru maddelerinin katılımcılar tarafından karışıklığa ve yanlış anlaşılmaya neden olabileceği sonucuna ulaşarak, bu soru maddelerini negatiften (olumsuzdan) pozitive (olumlu)ya dönüştürmüşlerdir. Müşterilerin değerlendirmesi ile hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem derecelerini ortaya koymak amacı ile ölçeğe getirmiş oldukları bir diğer değişiklik ise, ölçeğin sonuna eklenen puanlama kısmıdır. Bu kısımda beş hizmet kalitesi boyutunun isimleri belirtilmeden bazı açıklamalar kullanılarak bu boyutlar arasında 100 puanın dağıtılması katılımcılardan istenmektedir (Parasuraman ve ark., 1991). Araştırmacılar tarafından ölçeğin oluşturulması esnasında yürütülen çalışmaların çoğunluğunda aşağıdaki sorular sorulmuş ve yanıtlar aranmıştır (Altan ve ark., 2003):

1- Müşteriler hizmet kalitesini ne şekilde değerlendirmektedir?

2- Müşteriler her şeyi içine alan bir değerlendirme mi yapmaktadırlar? Veya toplam sonuca ulaşmak için hizmetin sadece belli boyutlarını mı değerlendirmektedirler?

- 3- Eğer belli boyutları göz önünde bulundurarak bir sonuca ulaşmakta ise, değerlendirmeleri neticesinde kullandıkları boyutlar hangileridir?
- 4- Belirlenen boyutlar farklı müşteri kesimleri ve farklı hizmet türleri için farklılık göstermekte midir?
- 5- Eğer bir hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde müşteri beklentileri önemli bir faktör ise, bu beklentileri oluşturan ve etkileyen faktörler hangileridir?

1.7.2.2. SERVQUAL Boşluk Modeli

SERVQUAL Boşluk Modeli, beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluğu ölçmeyi amaçlamaktadır. Boşluk Modeli, araştırmacıların hizmet sunan işletmelerin kalite anlayışları ve uygulamaları ile müşterilerin hizmetten beklentileri ve tecrübe ettikleri gerçek hizmet arasında bazı boşluklar (gap/farklılık) tespit etmeleri ile ortaya çıkmıştır. Söz konusu boşluklar ile ilgili açıklamalar aşağıda ve Şekil 1.3.'de sunulmuştur (Parasuraman ve ark., 1985; Deveci ve Aksaraylı, 2003).

Boşluktaki büyüme, hizmet kalitesinin düşüşünü bir başka ifadeyle verilen hizmet ile müşteri tatmininin sağlanamadığını, boşluktaki azalma ise yüksek kaliteyi yani verilen hizmetin müşteriye tatmin ettiğini ifade etmektedir.

Boşluk 1: Müşteri beklentileri ve yönetimin müşteri beklentilerini algılaması arasındaki boşluk olarak nitelendirilir. Bu boşluk; ilişkilere odaklanmadaki eksiklik, hizmet iyileştirmelerinde yetersizlik, iletişimi artırmadaki eksikliklerin yönetim tarafından tam olarak anlaşılamamasından kaynaklanır.

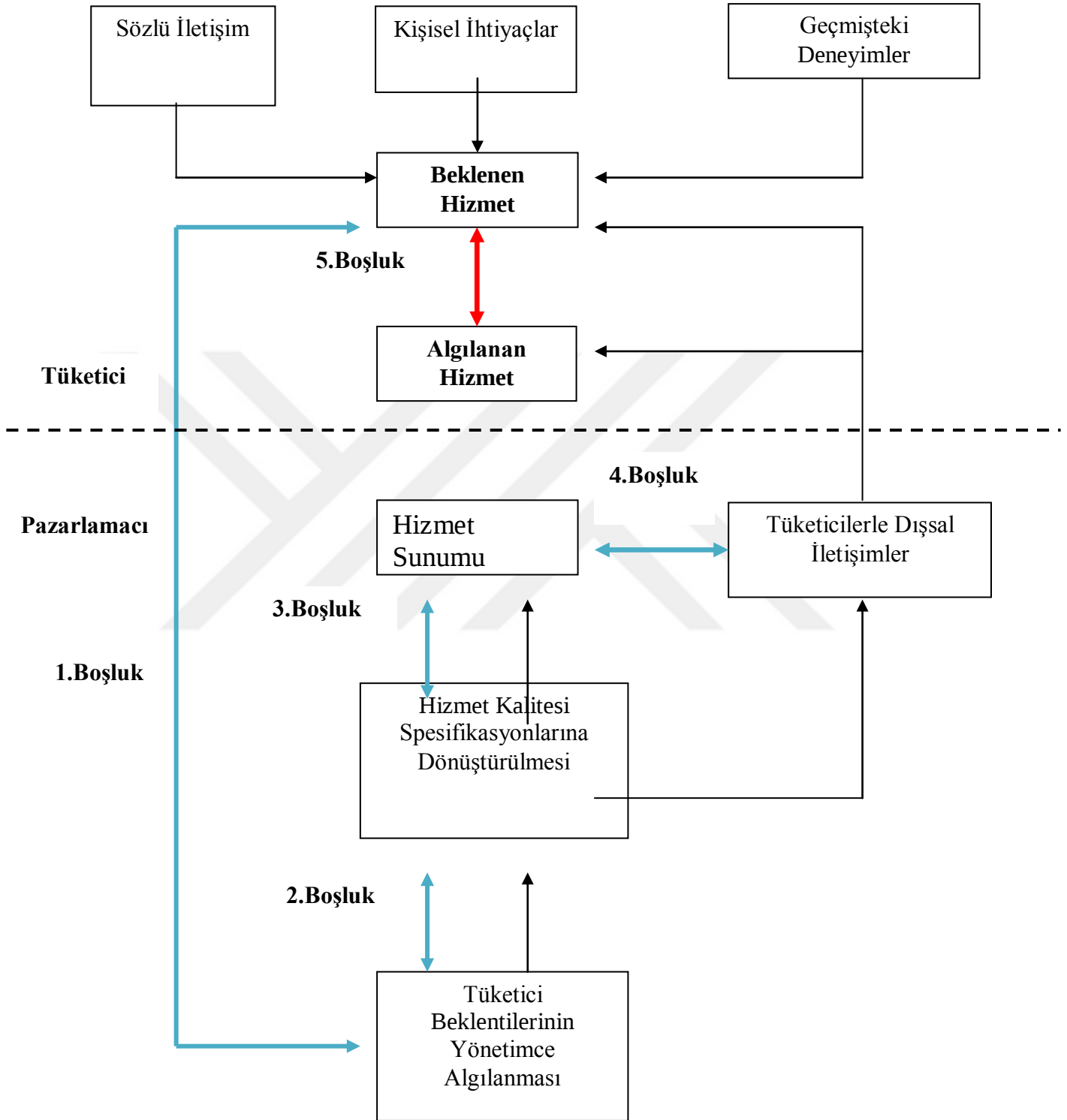
Boşluk 2: Yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile hizmet kalitesi özellikleri arasındaki boşluk olarak ifade edilmektedir. Bu boşluk; müşterilerin beklentilerini karşılayacak hizmet dizaynı, hizmet standartları, hizmet yerinin

uygulanabilir hale getirilmesi gibi konularda yönetimin yetersizliğinden dolayı ortaya çıkar.

Boşluk 3: Hizmet kalitesi özellikleri ile hizmetin sunumu arasındaki boşluk olarak adlandırılır. Bu boşluk; hizmet sağlayanlar arasındaki problemler, talep ve arzın birbirini karşılamadaki yetersizliği, müşterilerin rollerini tam olarak yerine getirememesi, yetersiz eğitim ve rastgele düzenlenmiş iş tasarımları, işgücü eksikliği gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Boşluk 4: Hizmet sunumu ile dışsal iletişimler arasındaki boşluk olarak nitelendirilir. Reklamlardaki aşırı vaatler, müşteri ile iletişimde üst yönetim ile çok fazla kademelerin olması, hizmet pazarlamasındaki iletişim eksikliği, müşterilere hizmetlerle ilgili aşırı mesajlar gibi nedenler bu boşluğun oluşmasına ve artmasına neden olur.

Boşluk 5: Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark olarak adlandırılır.. Verilen sözlerin gerçekleştirilmemesi, hizmet standartlarının oluşturulmaması, müşteri beklentilerinin bilinmemesi bu boşluğa neden olur. Bu boşluk diğer dört boşluktan dolayı ortaya çıkar. Bu nedenle diğer boşlukların azaltılması bu boşluğu pozitif yönde etkiler.



Şekil: 1.3.Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli (Parasuraman ve ark., 1985).

1.7.2.3. SERVQUAL Ölçeğine Yönelik Eleştiriler

SERVQUAL Ölçeği pek çok araştırmacı tarafından eleştiriye tabi tutulmuştur. Carman, bu ölçeğin her hizmet sektörü tarafından kullanılmasının uygun olamayacağını ve belirtilen beş boyuta yeni boyutların dahil edilmesinin gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca farklı dallarda faaliyet gösteren sektörler için farklı ölçeklerin geliştirilip uygulanmasının uygun olacağını söylemiştir (Carman, 1990).

SERVQUAL modeline ilişkin eleştirenlerin başında araştırmacı Buttle gelmektedir. Buttle tarafından yapılan teorik eleştirilere aşağıda yer verilmiştir (Buttle, 1996):

- Boyutluluk: SERVQUAL'in beş boyutunun bütün sektörler için uygulanamayacağı yönündedir.
- Boşluk Modeli: Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi farkının alınmasının yetersizliğine vurgu yapmıştır.
- Paradigmatik itiraz: SERVQUAL'in davranışsal değerlerden ziyade duruma ait değerlere dayanmakta olması; psikolojik, istatistiksel, ekonomik, noktalarda ise zayıf ve hatalı olduğu yönündedir.
- Sürece uyum: SERVQUAL'in hizmetin sonucundan çok hizmet sürecine odaklanması eleştirilmiştir.

1.7.3. Sağlık Hizmetlerinde SERVQUAL Ölçeğinin Uygulanması

İmalat sektöründe yapılan hizmet kalitesinin ölçümünün kolaylığı, sağlık sektörü için söylenemez. Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin ölçümü diğer sektörlerle göre farklı bir yapıya sahiptir. Sağlık işletmelerinde verilen hizmet esnasında veya sonrasında hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirme konusunda bilgi yetersizliği söz konudur (asimetrik bilgi). Asimetrik bilgi hasta hekim ilişkisinde hastanın aleyhine işlemektedir. Dolayısı ile teknik becerilerini

değerlendirmede zorluk yaşayan hastalar, daha çok teknik içeriği olmayan alanlara kayıp bu alanlar üzerinde değerlendirmeler yapmaktadırlar (Rahman ve ark., 2007).

Sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalitenin önemini artıran etkenlerden biri hastaların hizmet sunumu esnasında sunulan hizmetlerin teknik yönünü değerlendirememesidir. Sağlık sektöründe hizmet kalitesi için teorik ve uygulama açısından pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar mikro ve makro düzeyde yapılmış olup, hastane yönetiminden ulusal düzeye ve dünyadaki diğer ülkelerin sağlık politikalarının hizmet kalitesi yönüyle değerlendirilmesine dayalıdır (Eggli ve Halfon 2003; Zaim ve Tarım, 2010).

SERVQUAL Ölçeği sağlık kurumları yöneticileri için ölçekten çıkan sonuçlardan yola çıkarak maliyetlerin düşürülmesi ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemli ipuçları vermekte olup, bu ipuçları yönetim kararlarının uygulanmasında fayda sağlamaktadır. Babakus ve Mangold tarafından (1992) SERVQUAL ölçeğinin hastane ortamlarında kullanılması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Çalışma, ölçeğin sağlık işletmelerinde kullanılmasının güvenilir olduğunu göstermektedir (Babakus ve Mangold, 1992; Rahman ve ark., 2007).

Çizelge 1.6.'de belirtildiği üzere, uyum aşamasında soruların sağlık kuruluşlarının verdiği hizmetlere uygunluğu ile hastaların soruları net bir şekilde kavrayabilmeleri esasına dayanılarak yapılmıştır. Babakus ve Mangold (1992) tarafından yapılan çalışma sonuçlarından biri, pozitif ve negatif soru maddelerinin rastgele sıralanmasından dolayı katılımcılarda kafa karışıklığına yol açmasıydı. Bu nedenle olumsuz ifadeleri orijinal SERVQUAL Ölçeğindeki gibi olumlu ifadelere çevrilmiştir.

Babakus ve Mangold (1992) tarafından yapılan çalışmalar neticesinde uygulanan yedili likert tipi ölçek değiştirilerek yerine beşli likert tipi ölçek

kullanılmaya başlanılmıştır. Tamamen Katılıyorum = 5, Tamamen Katılmıyorum = 1, seçenekleri ile seçenek sayısı düşürülerek katılımcıların daha kaliteli ve kesin cevap verdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Beşli likert tipi ölçek kullanılarak her bir soru önermesinin algı maddeleri puanları (P) ile beklenti maddeleri puanları (E) farkları alınarak, skor -4 ile +4 arasında değişen değerler olarak hesaplanmıştır. Örneğin algı puanına 1, beklenti puanına ise 5 verilmişse skor -4; algı puanına 5, beklenti puanına ise 1 puan verilmişse skor +4 olmaktadır. SERVQUAL skorunun “negatif” olması, hasta “beklentilerinin karşılanmadığı” ve bundan ötürü algılanan hizmet kalitesinin düşük olduğu; “pozitif” olması hasta “beklentilerinin aşıldığı”; “sıfır” olması durumunda ise hasta “beklentilerinin az da olsa karşılandığı” ve bundan dolayı algılanan hizmetin “doyurucu” olduğu kanaatine ulaşılmaktadır (Devebakan, 2001).

Çizelge 1.6. Sağlık İşletmelerinde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Bunlara Denk Gelen Soru Önergeleri (Devebakan, 2001)

Boyutlar	Soru Önergeleri	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	1-4	Personel ve hizmet sunulan ortamın fiziki görünüşü, kullanılan aletler,
Güvenilirlik	5-9	Söz verilen hizmetin güvenilir ve eksiksiz olarak her defasında aynı şekilde sürekli yerine getirme
Heveslilik	10-13	Hizmet sunumu sırasında müşterilere karşı istekli ve yardımsever olma, hizmetin hızlı sunumu
Güven	14-17	Firma çalışanlarının bilgili, kibar ve saygılı olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırma
Empati	18-22	Firmanın müşterilere karşı duyarlılığı

SERVQUAL ölçeğinin sağlık kuruluşlarına uyarlanması hem hastaların hem de çalışanların beklenti ve algılarının değerlendirilmesine büyük katkılar sunmuş ve ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin iyileştirilmesine yönelik bazı değişiklikler ön görülmüştür. Babakus ve Mangold'un

(1992) açıklamalarına göre “birçok işletmenin başarılı olmasının ana nedeni hizmet kalitesindeki yükseliştir”. “Kalite düzeyi ile hizmeti ortaya çıkaran ve veren kişiler arasında doğru orantı vardır.” Bundan ötürü işletmeler, sağıktaki hizmet kalitesini artırmak için personel ve hastalardan bilgi almak ve bu bilgiyi değerlendirmek zorundadır (Devebakan, 2001). Hizmeti alan ve veren kişiler arasındaki uyum hizmet kalitesini pozitif veya negatif yönden etkileyecektir. Personel ve müşteri arasındaki ilişki şöyle ifade edilebilir:

- Personelin beklentisinin müşterilerin beklentisinden az olması = Müşteri memnuniyetinin düşük olması
- Müşterilerin algılarının personelin algısından düşük olması = Müşterilerin memnuniyetsiz olmasını ifade etmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın ana amacı, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GYEAH)'nin poliklinik hizmetlerinden yararlanan hastaların, hastane hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile olan ilişkisini incelemektir. Araştırmada ayrıca, hasta bakış açısıyla en önemli ve en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarının belirlenmesi de amaçlanmaktadır.

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Araştırma grubunun cinsiyet durumuna göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun yaş durumuna göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun medeni durumuna göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun mesleklerine göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun öğrenim durumlarına göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun ikamet yerlerine göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun gelir düzeylerine göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun sosyal güvence durumuna göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?

- Araştırma grubunun herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığına göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun hastaneye geliş şekline göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun hastaneye geliş nedenine göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun hastaneyi tercih nedenlerine göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun hastaneyi tekrar tercih etme durumuna göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumuna göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun hastaneye başvurusunun ekonomik nedenine göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?
- Araştırma grubunun hastanenin hizmet kalitesine yönelik yaptıkları genel değerlendirmelere göre SERVQUAL skorları değişmekte midir?

2.2. Araştırmanın Önemi

Literatür taraması sonucunda Diyarbakır GYEAH’nde hastalara yönelik beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda birçok çalışma bulunmaktadır. Diyarbakır ili ve çevresinde eğitim seviyesinin yükselmesi, halkın refah seviyesinin artması, bölgede devlet hastanesi dışında özel hastanelerin de bulunması dolayısıyla hastalar aldıkları hizmeti sorgular hale gelmiştir. Bu da sağlık kurumlarında verilen hizmet dışında kalitenin de önemini artırmıştır. Bu çalışmanın Diyarbakır GYEAH ve bölgedeki diğer sağlık kurumlarına yol göstereceği düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Diyarbakır il merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı Diyarbakır GYEAH’nde yapılmıştır. Diyarbakır GYEAH 31 poliklinikten ve 28 klinikten oluşan bir hastanedir.

T.C. Başbakanlık Toplu Konut İdaresi tarafından yapılan Diyarbakır GYEAH binası teslim edilmeden önce Diyarbakır Devlet Hastanesi bir süreliğine Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermiştir. Gerekli olan tıbbi donanım ve personelin tamamlanmasından sonra 05.06.2010 tarihinde hizmete açılmıştır.

Hastanede hasta odaları 1 kişilik ve 2 kişilik şeklinde dizayn edilmiştir. Her odada yatak başı vakum pendantları ve tıbbi gaz, buzdolabı, televizyon, klima mevcuttur. Toplam olarak hastanede 273 oda 546 yatakla hizmet verilmektedir. Ayrıca ayaktan tedavi üniteleri ve yoğun bakım ünitelerinde (onkoloji, acil servis, hemodiyaliz ünitesi, günlük tedavi merkezi) toplamda 681 tedavi yatağı bulunmaktadır. Hastanede 13 ameliyat salonu, 44 yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Hastanede bilgisayar destekli otomasyon, prönatik sistem ve hemşire çağrı sistemi ile hizmet vermektedir.

Hastanede eğitim ve konferanslar vermek amaçlarıyla kullanılmak üzere 345 kişilik konferans salonu ile 30 kişilik seminer salonu mevcuttur. Ayrıca hastane eğitim koordinatörlüğü tarafından bir kütüphane oluşturulmuştur.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini poliklinik hastaları oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre hastane polikliniklerine günde yaklaşık 2000 hasta başvurmaktadır. 09-31 Mart 2016 tarihleri arasında her poliklinikten 15’er hasta olmak üzere toplam 465 hastaya anket uygulanması planlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 445 kişiye anket uygulanmıştır.

Anketin demografik, sosyo-ekonomik ve beklentilerle ilgili bölümünü doldurup, hizmet kullanımı sonrasındaki algılar ve hastanenin en önemli bulunan bölümlerini doldurmadan hastaneden ayrılan hastaların; yapılan cerrahi müdahaleden sonra cevap veremeyecek durumda olan hastaların; 18 yaşından küçük olan hastaların; çok şiddetli ağrıları ve şikayetleri olup anketlere cevap veremeyen hastaların anket formları araştırmaya dahil edilmemiş, değerlendirme 400 hasta üzerinden yapılmıştır.

2.5. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırma modeli araştırmanın amacına ve konusuna uygundur.
- Katılımcılar anket sorularını yanıtlarken başkalarının düşüncelerinden yararlanmadan kendi özgür iradeleri ile içtenlikle ve doğru olarak cevap vermişlerdir.
- Araştırmada kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri verilere ve araştırma amacına uygundur.
- Araştırmada kullanılan ölçekteki sorular nicelik ve nitelik bakımından hastaların kalite algısını ölçmeyi belirlemek için uygundur.

2.6. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamını, Diyarbakır İl Merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Diyarbakır GYEAH'nde beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi oluşturmaktadır.

Araştırma bulguları, Diyarbakır il merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Diyarbakır GYEAH'nde polikliniklere muayene ve tedavi için gelen hastalardan anketi kabul edip dolduran hastalar ile sınırlıdır..

2.7. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu (EK 1) ve SERVQUAL Ölçeği (EK 1) kullanılmıştır. Araştırmada Parasuraman ve ark., (1985) tarafından geliştirilen, Babakus ve Mangold (1992) tarafından hastane hizmetlerine uyarlanan, Deveci (2001) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş SERVQUAL Ölçeği kullanılmıştır.

Diyarbakır GYEAH'nde uygulanan SERVQUAL Ölçeği'nin hasta beklentileriyle ilgili kısmındaki maddeler için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,949; hasta algılarıyla ilgili kısmındaki maddeler için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,963; algı ve beklenti ortalamasının Cronbach Alfa katsayısı ise 0,949 bulunmuştur.

Veri toplama aracı, araştırmacı tarafından hastalarla birebir görüşülerek uygulanmıştır. Uygulama sırasında her hastaya araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılıp katılmak istemedikleri sorulmuştur. Ayrıca araştırmacı tarafından veri toplama formlarında verecekleri cevaplardan elde edilen bilgilerin ve bireysel değerlendirmelerin kesinlikle saklı kalacağı ve bu nedenle isim ve soy isim yazmalarına gerek olmadığı belirtilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu (EK 1); cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, öğrenim durumu, ikamet yeri, aylık geliri, sosyal güvence, bir sağlık kuruluşuna gelme sıklığı, hastaneye geliş sayısı, geliş şekli, geliş nedeni, tercih nedeni, tekrar tercih etme, başkalarına tavsiye etme durumu ve başvurusunun ekonomik nedenini içeren 16 sorudan oluşmaktadır.

SERVQUAL Ölçeği (EK 1); 5'li likert tipi bir ölçek olup, her biri 22 maddeden oluşan beklenen ve algılanan hizmet kalitesini belirlemeye yöneliktir. SERVQUAL Ölçeği, hizmet kalitesinin beş boyutu olan "Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati" açısından beklenen ve algılanan hizmet

kalitesi boşluklarının değerlendirilmesiyle, çıkan sonuçlara göre ileriye yönelik yapılacak çalışmalarda katkı sağlamaktadır. Fiziksel Özellikler boyutu 4, Güvenilirlik boyutu 5, Heveslilik boyutu 4, Güven boyutu 4, Empati boyutu 5 ifadeye sahiptir. Ayrıca, bu çalışmada kullanılan ölçek, "tamamen katılmıyorum" = 1 ve "tamamen katılıyorum" = 5 arasında değişen 5'li likert tipi ölçektir.

SERVQUAL ölçeği 3 bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin birinci bölümünde hastaların Diyarbakır GYEAH'nin hizmetleri ile ilgili beklentilerini içeren toplam 22 beklenti maddesini 5'li likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmesi istenmektedir (1=Tamamen Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum).

Ölçeğin ikinci bölümünde hastaların Diyarbakır GYEAH'nin hizmetlerine yönelik algılarının değerlendirildiği birinci bölümdeki ifadelerin aynısı olmak üzere 22 algı maddesi yer almakta olup, hastaların 5'li likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmesi istenmektedir (1=Tamamen Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum).

Ölçeğin üçüncü bölümünde ise hastaların Diyarbakır GYEAH'nde kalite boyutlarına verdikleri önemi 100 puana bölüştürmeleri istenmiştir.

2.8. Verilerin Analizi

SERVQUAL Skorlarının Hesaplanması

Araştırmada kullanılan 5'li likert ölçeğinde 1'den 5'e kadar sözel ifadeler kullanılmıştır (Tamamen Katılmıyorum = 1, Katılmıyorum = 2, Kararsızım = 3, Katılıyorum = 4 Tamamen Katılıyorum = 5).

SERVQUAL Skoru = Algılama Skoru - Beklenti Skoru olarak belirlendiğinden, SERVQUAL skoru -4 ile +4 arasında değişen değerler almaktadır..

SERVQUAL skorunun negatif olması, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların Diyarbakır GYEAH hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelecektir. SERVQUAL skorunun pozitif olması hasta beklentilerinin aşıldığı anlamına gelip, hastaların Diyarbakır GYEAH'nin sunduğu hizmetten oldukça memnun olduğu sonucuna varılabilecektir. SERVQUAL skorunun sıfır çıkması halinde ise, hasta beklentilerinin karşılandığı, bundan ötürü Diyarbakır GYEAH'nin algılanan hizmet kalitesinin doyurucu olduğu sonucuna ulaşılabilir (Sevimli, 2006; Koraşlı, 2008).

Boyutlar Bazında SERVQUAL Skorlarının 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 bir 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 hesaplanmış olur. Ortaya çıkan sonuçlar boyut bazında SERVQUAL skorudur. Bu boyutları şu şekilde sıralayabiliriz.

SQ1 = Fiziksel özellikler boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ2 = Güvenilirlik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ3 = Heveslilik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ4= Güven 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 Skorlarının Hesaplanması

Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru, elde edilen kalite boyutları skorlarının (SQ1, SQ2, SQ3, SQ4 ve SQ5) toplanıp, toplam boyut sayısına (5'e) bölünmesiyle elde edilir. Ortaya çıkan skor, eşit ağırlıklı SERVQUAL skorudur. Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru şu şekilde hesaplanmaktadır (Devebakan, 2001).

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

Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun Hesaplanması

Ölçeğin üçüncü kısmında hastaların 100 puanı her bir boyuta (Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati) bölüştürmesi ile bir katsayı elde edilir. Elde edilen bu katsayı, ilgili boyutun SERVQUAL Skoru ile çarpılır. Daha sonra çarpımın sonucunda ortaya çıkan sonuç 5'e bölünür.

Ağırlıklı SERVQUAL skorunun hesaplanmasının formülü aşağıda sunulmuştur (Devebakan, 2001):

$$SQA = [(SQ1 * k1) + (SQ2 *k2) + (SQ3 *k3) + (SQ4 *k4) + (SQ5 *k5)] / 5$$

(k = Hastaların her bir boyuta verdiği puanın 100'e oranlanması ile elde edilen hizmet kalitesi boyutuna ait ağırlık katsayısı).

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım uygunluğu için Shapiro Wilk Testi kullanılmıştır. Bu teste göre p değeri 0,05'ten küçükse değişken normal dağılım göstermemektedir. Yapılan analiz sonucunda 22 beklenti ve algı ifadesi için p değerlerinin tümü 0,00 olarak bulunduğu için normal dağılım olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle verilerin normal dağılıma uymadığı durumlarda kullanılan parametrik olmayan (non-parametrik)

testlerin uygulanması uygun görülmüştür. İki grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında Mann Withney U Testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Varyans Analizi uygulanmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (sayı, yüzde, standart sapma, ortalama, ortanca) kullanılmıştır. Analiz sonuçları çizelgelerde gösterilerek yorumlanıp anlatılmıştır.



3. BULGULAR

3.1. SERVQUAL Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular ve SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu bölümünde araştırma grubunun demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerine ilişkin bulgulara, araştırma grubunun hastane ile ilgili değişkenlerine ilişkin bulgulara, araştırma grubunun beklenti ve algı ile ilgili bulgularına, araştırma grubunun beklentileri ve algıları ile ilgili boşluklara, araştırma grubunun beklenti ve algı ortalamalarının dağılımına, araştırma grubunun hizmet kalitesi boyutlarının önemine göre verdikleri puanların dağılımına, araştırma grubunun Diyarbakır GYEAH SERVQUAL skorlarının boyutlar açısından değerlendirilmesine, araştırma grubunun eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorlarına, araştırma grubunun demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerine ilişkin SERVQUAL skorlarının değerlendirilmesine yer verilmiştir.

3.1.1. Araştırma Grubunun Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.'de araştırmaya katılan hastaların demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerine ilişkin bulgularına yer verilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırma Grubunun Demografik ve Sosyo-Ekonomik Durumu

Araştırma Grubunun Özellikleri	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	153	38,2
Erkek	247	61,8
Yaş (Yıl)		
18-30	202	50,5
31-50	151	37,8
51 ve Üstü	47	11,7
Medeni Durum		
Bekar	196	49,0
Evli	204	51,0
Meslek		

Çizelge 3.1. Devam Araştırma Grubunun Demografik ve Sosyo-Ekonomik Durumu

Araştırma Grubunun Özellikleri	Sayı	%
Kamu Çalışanı	53	13,3
İşçi	57	14,2
Serbest Çalışan	102	25,5
Emekli	20	5,0
Öğrenci	68	17,0
İşsiz	45	11,2
Diğer (Ev hanımı vb.)	55	13,8
Eğitim		
Okur Yazar Değil	29	7,2
İlköğretim	95	23,8
Lise ve Dengi	128	32,0
Yüksekokul/Fakülte	148	37,0
İkamet		
Şehir Merkezi	314	78,5
İlçe Merkezi	38	9,5
Köy	32	8,0
Şehir Dışı	16	4,0
Gelir Durumu * (TL)		
999 ve altı	213	53,2
1000-1999	120	30,0
2000 ve Üstü	67	16,8
Güvence		
GSS	268	67,0
GSS (Yeşilkartlı)	97	24,3
Güvencem Yok	28	7,0
Özel Sigorta	7	1,8

*2.62TL=1\$ Paritesi

Çizelge 3.1'e göre araştırmaya katılanların %38,3'ü kadın, %61,8'i erkektir. Araştırmaya katılanların en genci 18, en yaşlısı 87 yaşındadır. Araştırmaya katılanların %50,5'i 18-30 yaş, %37,8'i 31-50 yaş, %11,7'si ise 51 ve üzeri yaş grubundadır. Medeni durum açısından, %49'u bekar, %51'i ise evlidir. Meslek açısından %13,3'ü kamu çalışanı, %14,2'si işçi, %25,5'i serbest çalışan, %5'i emekli, %17'si öğrenci, %11,3'ü işsiz, %13,8'i ise diğer meslek grubundadır. Öğrenim durumu açısından %7,2'si okuma yazma bilmiyor %23,8'i ilköğretim, %32'si lise ve dengi, %37'si yüksekokul/fakülte düzeyinde eğitim görmüştür. İkamet durumu açısından, %78,5'i şehir merkezi, %9,5'i ilçe merkezi, %8'i köy, %4'ü şehir dışında ikamet etmektedir. Gelir durumları açısından, %53,2'si 1-999TL arasında,

%30'u 1000-1999TL arasında, %16,8'i 2000TL ve üzeri gelire sahiptir. Sosyal güvence durumu açısından, %67'si GSS'li, %24,3'ü yeşil kartlıdır; %7'sinin güvencesi bulunmazken, %1,8'i ise diğer güvencelere sahiptir.

Çizelge 3.2. Araştırma Grubunun Hastaneyi Kullanma Durumu ve Görüşleri

Araştırma Grubunun Hastane İle İlgili Bilgileri	Sayı	%
Herhangi Bir Hastaneye Gelme Sıklığı		
Haftada Bir	28	7,0
Haftada Birden fazla	17	4,2
Ayda Bir	95	23,8
Yılda Birkaç Kez	202	50,5
Birkaç Yılda Bir	58	14,5
Hastaneye Geliş Şekli		
Doğrudan Hastaneye Başvurma	319	79,8
Yakını Tarafından Getirilme	52	13,0
Başka Bir Kurum Tarafından Sevk Olma	29	7,2
Hastaneye Geliş Nedeni		
Muayene,Kontrol/ Kronik Hastalık Kontrolü	308	77,0
Tetkik ve Tahlil	16	4,0
Tıbbi Müdahale	15	3,8
Yatış	29	7,2
Diğer(Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin)/Sevk	32	8,0
Hastaneyi Tercih Nedeni		
Kamu Hastanesi Olması	249	62,3
Çevre Tavsiyesi	29	7,3
Doktor Tavsiyesi	30	7,5
Hekimlerin Bilinirliği	18	4,5
Teknolojik Yenilik/Tanıtım Reklam	11	2,8
Güven Duyma	19	4,7
Yakın Oluşu	27	6,7
Fiyat Uygunluğu	17	4,2

Çizelge 3.2. Devam Araştırma Grubunun Hastane Kullanma Durumu ve Görüşleri

Hastaneyi tekrar tercih etme durumu	Sayı	%
Evet	246	61,5
Hayır	69	17,2
Kararsızım	85	21,3
Hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumu		
Evet	226	56,5
Hayır	80	20
Kararsızım	94	23,5
Başvurusunun ekonomik nedeni		
Kamu hastanesi olması	205	51,2
Sosyal güvencesi olması/Yeşil Kartlı Olunması	99	24,7
Ulaşım maliyetinin düşük olması	18	4,4
İlave ücret almaması	17	4,3
Ücretsiz yeme içme	19	4,8
Konaklamanın ucuz veya bedava olması	1	0,3
Zaman ve fiyat konusunda ekonomik avantaj sağlanması	12	3
Teknik kapasite	22	5,5
Teknik imkanların yeterli oluşu	7	1,8
Toplam	400	100,0

Araştırmaya katılan hastaların hastane ile ilgili değişkenlere ilişkin bulguları Çizelge 3.2’de verilmiştir. Herhangi bir hastaneye gelme sıklığı açısından %7’si haftada bir, %4,2’si haftada birden fazla, %23,8’i ayda bir, %50,5’i yılda birkaç kez, %14,5’i ise birkaç yılda bir hastaneye başvurmaktadır. Hastaların Diyarbakır GYEAH’ne geliş şekilleri açısından, %79,8’i doğrudan hastaneye başvurmuş, %13’ü yakını tarafından getirilmiş, %7,2’si başka bir kurum tarafından sevk edilmiştir. Hastaların Diyarbakır GYEAH’ne geliş nedenleri açısından, %77,0’ı muayene, kontrol ile kronik hastalık kontrolü, %4’ü tetkik ve tahlil, %3,8’i tıbbi müdahale, %7,2’si yatış, %8,0’i sevk ve diğer sebepler için hastaneye gelmişlerdir. Hastaların

Diyarbakır GYEAH'ni tercih etme nedeni açısından, %62,3'ü kamu hastanesi, %7,3'ü çevre tavsiyesi, %7,5'i doktor tavsiyesi, %4,5'i hekimlerin bilinirliği, %2,8'i teknolojik yenilik ile tanıtım ve reklam, %4,7'si güven duyma, %6,7'si yakın oluşu, %4,2'si fiyat uygunluğundan dolayı hastaneyi tercih etmişlerdir. Diyarbakır GYEAH'ni tekrar tercih etme durumuna %61,5'i evet, %17,2'si hayır, %21,3'ü ise kararsızım cevabını vermiştir. Sağlık hizmeti alınan bu hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumuna %56,5'i evet, %20'si hayır, %23,5'i ise kararsızım yanıtını vermiştir. Başvurunun ekonomik nedeninde ise %51,2'si kamu hastanesi olması, %24,7'si sosyal güvencesinin olması ile yeşil kartlı olunması, %4,4'ü ulaşım maliyetlerinin düşük olması, %4,3'ü ilave ücret alınmaması, %4,8'i ücretsiz yeme içme, %0,3 konaklamanın ucuz veya bedava olması, %3'ü zaman ve fiyat konusunda ekonomik avantaj sağlaması, %5,5'i teknik kapasite, %1,8'i ise teknik imkanların yeterli oluşu cevabını vermiştir.

3.1.2. Araştırma Grubunun Beklentileri ve Algıları İle İlgili Bulguları

Çizelge 3.3. Araştırma Grubunun Hizmet Aldıkları Diyarbakır GYEAH'nin Hizmetlerine Yönelik Beklenti ve Algıları ile İlgili Puan Ortalamaları

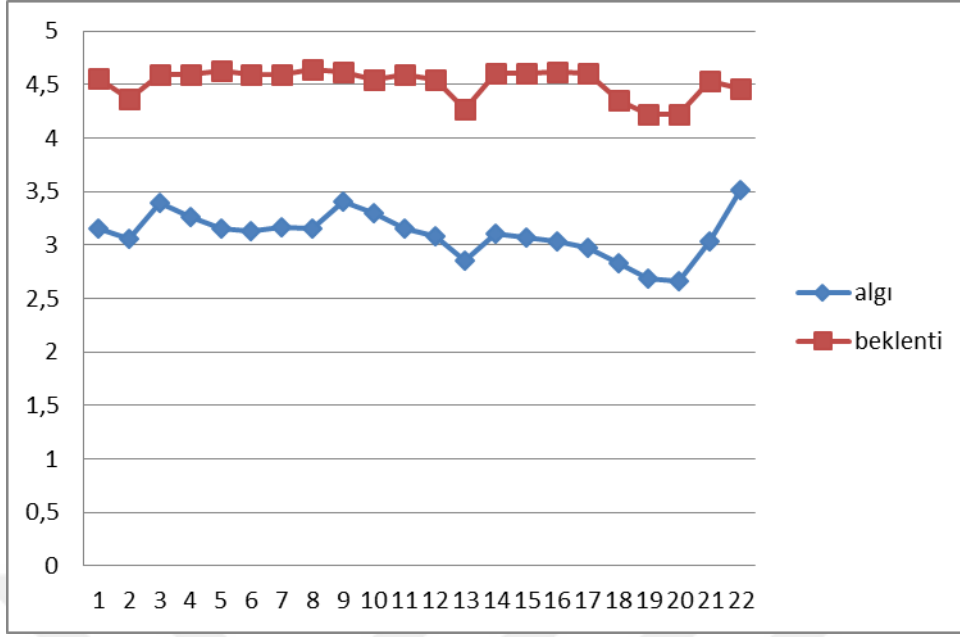
n	No		Beklenti	Ort	ss	Algı		Ort	ss
400	1	FİZİKSEL ÖZELLİKLER	E1	4,56	,74	P1	FİZİKSEL ÖZELLİKLER	3,15	1,30
400	2		E2	4,37	,87	P2		3,06	1,23
400	3		E3	4,59	,70	P3		3,39	1,16
400	4		E4	4,59	,72	P4		3,26	1,18
400	5	GÜVENİLİRLİK	E5	4,63	,66	P5	GÜVENİLİRLİK	3,16	1,21
400	6		E6	4,59	,72	P6		3,13	1,21
400	7		E7	4,59	,66	P7		3,17	1,19
400	8		E8	4,64	,64	P8		3,16	1,17
400	9		E9	4,62	,66	P9		3,41	1,17
400	10	HEVESLİLİK	E10	4,55	,76	P10	HEVESLİLİK	3,30	1,17
400	11		E11	4,59	,65	P11		3,15	1,19
400	12		E12	4,55	,72	P12		3,08	1,87
400	13		E13	4,27	,98	P13		2,85	1,28
400	14	GÜVEN	E14	4,61	,65	P14	GÜVEN	3,11	1,22
400	15		E15	4,61	,65	P15		3,07	1,22
400	16		E16	4,62	,64	P16		3,04	1,18
400	17		E17	4,60	,67	P17		2,97	1,20
400	18	EMPATİ	E18	4,35	,93	P18	EMPATİ	2,83	1,18
400	19		E19	4,22	1,02	P19		2,69	1,20
400	20		E20	4,22	1,04	P20		2,66	1,22
400	21		E21	4,53	,78	P21		3,03	1,25
400	22		E22	4,46	,88	P22		3,52	1,21

Çizelge 3.3.'te araştırma grubunun Diyarbakır GYEAH'nin hizmetlerine yönelik beklentileri ve algıları ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. Diyarbakır

GYEAH’ndeki hizmetlere yönelik en yüksek beklenti düzeyi “Güvenilirlik” boyutunda yer alan “Diyarbakır GYEAH hastane hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirir” ifadesini içeren 8. önermede; beklenti düzeyinin en düşük çıktığı ifade ise “Empati” boyutunda yer alan “Diyarbakır GYEAH çalışanları, hastalara kendini özel hissettirmelidir” ve “Diyarbakır GYEAH çalışanları hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır” şeklindeki 19. ve 20. önermelerde olmuştur.

Araştırmada kullanılan SERVQUAL Ölçeği’nin ikinci kısmında yer alan 22 beklenti soru maddesi, bu kez üçüncü kısımda Diyarbakır GYEAH’nin ismi belirtilerek sorulmuş ve Diyarbakır GYEAH’nin hizmetlerine yönelik hasta algıları ölçülmeye çalışılmıştır.

Çizelge 3.3.’e bakıldığında, Diyarbakır GYEAH’nde sunulan hizmetlere yönelik en yüksek hasta algısı düzeyinin 22. önermede yer alan “Empati” boyutuna ait “bu hastane çalışma saatleri hastalar için uygun zaman dilimindedir” ifadesinin çıktığı görülmektedir. En düşük hasta algısı düzeyi ise yine “Empati” boyutunda yer alan “bu hastanede çalışanlar, hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutmaktadır” ifadesinde yer almaktadır.



Şekil 3.1. Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar

Şekil 3.1. incelendiğinde, her bir önerme için hastaların beklentilerinin algılarından yüksek olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.4. Hastaların Beklenti ve Algı Puan Ortalamaları

No	E (Beklenti)					P (Algı)					İstatistik	
	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Z	p
1	4,56	0,74	5	1	5	3,15	1,30	3	1	5	-13.9	,00
2	4,37	0,87	5	1	5	3,06	1,23	3	1	5	-13.4	,00
3	4,59	0,70	5	1	5	3,39	1,16	4	1	5	-13.6	,00
4	4,60	0,72	5	1	5	3,27	1,18	3	1	5	-14.1	,00
5	4,63	0,66	5	1	5	3,17	1,21	3	1	5	-14.4	,00
6	4,59	0,72	5	1	5	3,13	1,21	3	1	5	-14.3	,00
7	4,59	0,66	5	1	5	3,17	1,19	3	1	5	-14.6	,00
8	4,64	0,64	5	1	5	3,17	1,17	3	1	5	-14.9	,00
9	4,62	0,66	5	1	5	3,41	1,17	4	1	5	-13.9	,00
10	4,55	0,76	5	1	5	3,30	1,17	3	1	5	-13.5	,00
11	4,59	0,65	5	1	5	3,15	1,19	3	1	5	-14.5	,00
12	4,55	0,72	5	1	5	3,01	1,24	3	1	5	-14.7	,00
13	4,27	0,98	5	1	5	2,86	1,28	3	1	5	-13.7	,00
14	4,61	0,65	5	1	5	3,11	1,22	3	1	5	-14.5	,00
15	4,61	0,65	5	1	5	3,07	1,22	3	1	5	-14.7	,00
16	4,62	0,64	5	1	5	3,04	1,18	3	1	5	-15.1	,00
17	4,60	0,67	5	1	5	2,98	1,20	3	1	5	-15.1	,00
18	4,35	0,93	5	1	5	2,83	1,18	3	1	5	-14.5	,00
19	4,22	1,02	5	1	5	2,69	1,20	3	1	5	-14.1	,00
20	4,23	1,04	5	1	5	2,67	1,22	3	1	5	-14.0	,00
21	4,53	0,78	5	1	5	3,03	1,25	3	1	5	-14.1	,00
22	4,46	0,88	5	1	5	3,53	1,21	4	1	5	-11.1	,00

p<0,001, p<0,01

Çizelge 3.4.'te beklenti ve algılar arasındaki farklar alınıp Shapiro-Wilk testi uygulanmıştır. Ancak beklenti ve algı puanları arasındaki farklar normal dağılmadığından parametrik-olmayan Wilcoxon Testi uygulanarak her bir madde için beklenti ve algı değerleri karşılaştırılmıştır. Hasta beklenti ve algı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan Wilcoxon Testi sonuçlarına göre, Diyarbakır GYEAH'nde hasta beklenti ve algı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Analiz sonuçları, Diyarbakır GYEAH'nden hizmet alan hastaların beklentilerinin, hastane hizmetlerine yönelik algılarından daha yüksek olduğunu göstermektedir.

3.1.3. Araştırma Grubunun Hizmet Kalitesi Boyutlarının Öneme Göre Verdikleri Puanların Dağılımı

Çizelge 3.5. Araştırma Grubunun En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu

Hizmet kalitesi boyutları	Sayı	%
Fiziksel Özellikler	127	31.75
Güvenirlilik	95	23.75
Heveslilik	73	18.25
Güven	63	15.75
Empati	42	10.50
Toplam	400	100

Anketin dördüncü bölümünde sorulan Diyarbakır GYEAH'nin en önemli özelliklerinin tanımlanmasının istendiği sorulara verilen cevaplarda araştırma grubunun en az ve en önemli buldukları hizmet kalitesi boyutları ile ilgili yüzde dağılımı Çizelge 3.5.'te gösterilmiştir. Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılanlar, 100 puanı önemlilik derecesine göre Çizelge 3.5.'te verilen beş boyuta dağıtmıştır. Hastalar %31,75 ile “Fiziksel Özellikler” boyutunu en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirirken, %10,5 ile “Empati” boyutunu en az önemli buldukları hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmişlerdir.

3.2. Araştırma Grubunun Diyarbakır GYEAH'nin SERVQUAL Skorlarının Boyutlar Açısından Değerlendirilmesi

Çizelge 3.6. Araştırma Grubunun Diyarbakır GYEAH'nin Kalite Boyutları Açısından SERVQUAL Skorları

	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max
Fiziksel Özellikler (SQ1)	400	-1.30	1.10	-1.33	-4.00	2.00
Güvenilirlik (SQ2)	400	-1.41	1.14	-1.33	-4.00	1.67
Heveslilik (SQ3)	400	-1.36	1.07	-1,33	-4.00	1.67
Güven (SQ4)	400	-1.41	1.15	-1.25	-4.00	1.00
Empati (SQ5)	400	-1.52	1.25	-1.50	-4.00	1.50

Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılan hastaların önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanların ortalamaları ile ilgili bulgular Çizelge 3.6.'da verilmiştir. Çizelge 3.6. incelendiğinde, SERVQUAL skorlarının negatif (-) olduğu belirlenmiştir. Skorların (-) negatif çıkması Diyarbakır GYEAH'nin boyutlar genelinde hizmet kalitesi açısından hastaların beklentilerini karşılayamadığını ifade etmektedir. Hizmet kalitesine yönelik algının en yüksek (-1.30) olduğu boyut "Fiziksel Özellikler" boyutu iken, en düşük (-1.52) hizmet kalitesi boyutunun ise "Empati" boyutu olduğu belirlenmiştir. Fiziksel Özellikler boyutunu sırasıyla Heveslilik (-1,36), Güven (-1,41) ve Güvenilirlik (-1,41) izlemiştir.

Çizelge 3.7. Araştırma Grubunun Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorları

	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max
SQE (Eşit Ağırlıklı)	400	-1.40	0.99	-1.35	-4.00	1.27
SQA (Ağırlıklı)	400	0.03	0.03	0.02	0.00	0.16

Çizelge 3.7'ye göre, eşit ağırlıklı skorlar da (-) negatiftir. Genel hizmet kalitesi açısından bakıldığında Diyarbakır GYEAH'nde verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılayamadığı söylenebilir. Ağırlıklı SERVQUAL skorları (+) pozitiftir. Değerlerin sıfıra yakın olduğu gözlenmektedir. Genel hizmet kalitesi açısından hasta beklentilerinin karşılandığı söylenebilir.

3.2.1. Araştırma Grubunun Cinsiyet Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.8. Araştırma Grubunun Cinsiyet Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Z	p
SQ1	Kadın	153	-1,25	1,04	-1,00	-3,33	2,00	-0,58	0,55
	Erkek	247	-1,34	1,13	-1,33	-4,00	1,67		
SQ2	Kadın	153	-1,34	1,10	-1,33	-4,00	1,67	-0,94	0,34
	Erkek	246	-1,45	1,16	-1,33	-4,00	1,00		
SQ3	Kadın	153	-1,32	1,01	-1,33	-4,00	0,67	-0,62	0,53
	Erkek	247	-1,39	1,11	-1,33	-4,00	1,67		
SQ4	Kadın	153	-1,30	1,13	-1,25	-4,00	0,75	-1,48	0,13
	Erkek	247	-1,44	1,25	-1,50	-4,00	6,00		
SQ5	Kadın	153	-1,45	1,22	-1,50	-4,00	1,50	-0,72	0,46
	Erkek	247	-1,56	1,28	-1,50	-4,00	1,50		

$p>0,05$

Çizelge 3.8.'e göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Withney U Testi sonucuna göre, SERVQUAL skorları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir. Daha açık bir anlatımla cinsiyetlerine göre fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarında SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaması, kadın ve erkek hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında bir fark olmadığını ifade etmektedir ($p>0.05$).

Çizelge 3.9. Araştırma Grubunun Cinsiyetlere Göre Eşit Ağırlık ve Ağırlıklı SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Z	p
SQE	Kadın	153	-1,33	0,95	-1,26	-3,63	0,53	-0,58	0,55
	Erkek	246	-1,44	1,01	-1,43	-4,00	1,27		
SQA	Kadın	153	0,03	0,02	0,02	0,00	0,13	-1,26	0,19
	Erkek	246	0,03	0,03	0,02	0,00	0,16		

$p>0,05$

SQE: Eşit ağırlıklı Servqual skoru, **SQA:** Ağırlıklı Servqual skoru

Çizelge 3.9.'a göre, cinsiyetlerine göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). SERVQUAL skorları açısından fark olmaması, kadın ve erkek hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında herhangi bir farkın olmadığını ifade etmektedir.

3.2.2. Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.10. Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Yaş (Yıl)	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	18-30	202	-1,30	1,14	-1,33	-4,00	1,00	0,38	0,82
	31-50	151	-1,34	1,03	-1,33	-4,00	1,67		
	51 ve üzeri	47	-1,21	1,12	-1,33	-4,00	2,00		
SQ2	18-30	202	-1,41	1,07	-1,33	-4,00	1,00	0,30	0,86
	31-50	150	-1,43	1,14	-1,33	-4,00	1,67		
	50 ve üzeri	47	-1,35	1,10	-1,33	-4,00	0,67		
SQ3	18-30	202	-1,33	1,07	-1,33	-4,00	1,00	0,40	0,81
	31-50	151	-1,41	1,06	-1,33	-4,00	1,67		
	50 ve üzeri	47	-1,38	1,13	-1,33	-4,00	0,67		
SQ4	18-30	202	-1,34	1,28	-1,25	-4,00	6,00	0,92	0,62
	31-50	151	-1,46	1,10	-1,50	-4,00	1,00		
	50 ve üzeri	47	-1,38	1,19	-1,00	-4,00	0,75		
SQ5	18-30	202	-1,53	1,25	-1,50	-4,00	1,50	1,66	0,43
	31-50	151	-1,57	1,21	-1,50	-4,00	1,50		
	50 ve üzeri	47	-1,27	1,38	-1,00	-4,00	1,50		

p>0,05

Çizelge 3.10.'a göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının, yaşa göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, SERVQUAL skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Diyarbakır GYEAH'nde farklı yaş gruplarında bulunan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmadığı söylenebilir.

Çizelge 3.11. Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Yaş	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	18-30	202	-1,38	1,02	-1,36	-4,00	0,50	0,92	0,63
	31-50	150	-1,44	0,95	-1,41	-4,00	1,27		
	51 ve üzeri	47	-1,32	1,04	-1,25	-4,00	0,53		
SQA	18-30	202	0,03	0,33	0,02	0,00	0,16	0,55	0,75
	31-50	150	0,03	0,03	0,02	0,00	0,16		
	50 ve üzeri	47	0,03	0,03	0,01	0,00	0,16		

$p>0,05$

Çizelge 3.11.'de görüldüğü üzere, Diyarbakır GYEAH'nden hizmet alan hastaların yaş gruplarına göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.2.3. Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.12. Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	Ort	ss	Ortn	Min	Max	Z	p
SQ1	Evli	196	-1,33	1,09	-1,33	-4,00	1,33	-0,50	0,61
	Bekâr	204	-1,28	1,108	-1,16	-4,00	2,00		
SQ2	Evli	196	-1,45	1,13	-1,33	-4,00	1,00	-0,48	0,62
	Bekâr	203	-1,38	1,15	-1,33	-4,00	1,67		
SQ3	Evli	196	-1,36	1,05	-1,33	-4,00	1,00	-0,05	0,95
	Bekâr	204	-1,37	1,10	-1,33	-4,00	1,67		
SQ4	Evli	196	-1,36	1,24	-1,25	-4,00	6,00	-0,06	0,94
	Bekâr	204	-1,41	1,17	-1,25	-4,00	1,00		
SQ5	Evli	196	-1,60	1,23	-1,50	-4,00	1,50	-1,46	0,14
	Bekâr	204	-1,43	1,28	-1,00	-4,00	1,50		

p>0,05

Çizelge 3.12'ye göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının, medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi sonucuna göre, SERVQUAL skor ortalamalarında boyutlara ilişkin medeni durumlarına göre 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). SERVQUAL skorları ortalamaları açısından fark olmaması, evli ve bekar hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında bir fark olmadığını göstermektedir.

Çizelge 3.13. Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

		n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Z	p
SQE	Evli	196	-1,42	1,00	-1,45	-4,00	0.48	-0,57	0,56
	Bekâr	203	-1,37	0,99	-1,25	-4,00	1.27		
SQA	Evli	196	0,03	0,03	0,02	0,00	0.16	-0,50	0,61
	Bekâr	203	0,03	0,03	0,02	0,00	0.16		

p>0,05

Araştırma grubunun medeni durumuna göre eşit ağırlıklı SERVQUAL skorları ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorlarının sunulduğu Çizelge 3.13.'e göre, hastaların medeni durumu ile eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

3.2.4. Araştırma Grubunun Mesleklerine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.14. Araştırma Grubunun Mesleklerine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Meslek	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	Kamu Çalışanı	53	-1,53	0,93	-1,33	-3,67	0,00	12,1	0,05
	İşçi	57	-1,36	1,19	-1,33	-4,00	1,00		
	Serbest Çalışan	102	-1,25	1,11	-1,16	-4,00	1,33		
	Emekli	20	-1,73	1,12	-1,83	-4,00	0,67		
	Öğrenci	68	-1,24	1,01	-1,33	-3,00	0,67		
	İşsiz	45	-1,41	1,28	-1,33	-4,00	2,00		
	Diğer (Ev hanımı, Engelli)	55	-0,96	0,98	-1,00	-3,00	1,00		
SQ2	Kamu Çalışanı	53	-1,66	1,02	-2,00	-4,00	0,33	7,04	0,31
	İşçi	57	-1,41	1,28	-1,33	-4,00	1,67		
	Serbest Çalışan	102	-1,42	1,11	-1,33	-4,00	1,00		
	Emekli	19	-1,70	1,29	-1,66	-4,00	0,67		
	Öğrenci	68	-1,32	1,14	-1,00	-4,00	1,00		
	İşsiz	45	-1,40	1,23	-1,33	-4,00	1,00		
	Diğer (Ev hanımı, Engelli)	55	-1,18	0,98	-1,00	-4,00	0,67		
SQ3	Kamu Çalışanı	53	-1,65	0,86	-1,66	-3,00	0,00	10,3	0,11
	İşçi	57	-1,46	1,16	-1,33	-4,00	0,67		
	Serbest Çalışan	102	-1,33	1,08	-1,33	-4,00	1,00		
	Emekli	20	-1,65	1,27	-1,66	-4,00	0,67		
	Öğrenci	68	-1,27	1,03	-1,33	-3,67	0,67		
	İşsiz	45	-1,26	1,15	-1,00	-4,00	1,67		
	Diğer (Ev hanımı, Engelli)	55	-1,15	1,03	-1,00	-4,00	0,67		
SQ4	Kamu Çalışanı	53	-1,69	1,15	-1,75	-4,00	1,00	9,75	0,13
	İşçi	57	-1,28	1,50	-1,25	-4,00	6,00		
	Serbest Çalışan	102	-1,36	1,12	-1,25	-4,00	1,00		
	Emekli	20	-1,88	1,44	-2,12	-4,00	0,75		
	Öğrenci	68	-1,22	1,07	-1,25	-3,50	0,75		
	İşsiz	45	-1,45	1,26	-1,50	-4,00	1,00		
	Diğer (Ev hanımı, Engelli)	55	-1,24	1,05	-1,25	-4,00	0,50		
SQ5	Kamu Çalışanı	53	-1,72	1,17	-2,00	-4,00	1,00	6,87	0,33
	İşçi	57	-1,52	1,31	-1,50	-4,00	1,50		
	Serbest Çalışan	102	-1,45	1,28	-1,50	-4,00	1,50		
	Emekli	20	-1,65	1,67	-2,00	-4,00	1,00		
	Öğrenci	68	-1,56	1,09	-1,50	-4,00	0,50		
	İşsiz	45	-1,53	1,37	-1,50	-4,00	1,00		
	Diğer (Ev hanımı, Engelli)	55	-1,31	1,16	-1,00	-4,00	1,00		

p>0,05

Çizelge 3.14'e göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının, araştırma grubunun mesleklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, SERVQUAL skorları açısından farklı meslek gruplarında bulunan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Diyarbakır GYEAH'ne muayeneye gelen farklı meslek gruplarına mensup hastalar, algıladıkları hizmet kalitesi açısından bir farklılık olmadığını ifade etmektedir.

Çizelge 3.15. Araştırma Grubunun Mesleklerine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Meslek	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	Kamu Çalışanı	53	-1,65	0,85	-1,55	-3,40	0,00	9,22	0,16
	İşçi	57	-1,41	1,11	-1,28	-4,00	0,47		
	Serbest Çalışan	102	-1,36	0,97	-1,42	-4,00	0,50		
	Emekli	19	-1,75	1,26	-2,20	-4,00	0,32		
	Öğrenci	68	-1,32	0,90	-1,40	-3,43	0,33		
	İşsiz	45	-1,41	1,11	-1,28	-4,00	1,27		
	Diğer(Ev hanımı, Engelli)	55	-1,17	0,89	-1,10	-3,28	0,53		
SQA	Kamu Çalışanı	53	0,03	0,02	0,03	,00	0,12	10,4	0,10
	İşçi	57	0,03	0,03	0,02	,00	0,16		
	Serbest Çalışan	102	0,03	0,03	0,02	,00	0,16		
	Emekli	19	0,04	0,04	0,05	,00	0,16		
	Öğrenci	68	0,02	0,02	0,02	,00	0,12		
	İşsiz	45	0,03	0,03	0,01	,00	0,16		
	Diğer(Ev hanımı, Engelli)	55	0,02	0,02	0,01	,00	0,11		

$p>0,05$

Çizelge 3.15.'e göre hastaların mesleklerine göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılık göstermediği söylenebilir.

3.2.5. Araştırma Grubunun Öğrenim Durumlarına Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.16. Araştırma Grubunun Öğrenim Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Öğrenim Durumu	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	Okur Yazar Değil	29	-0,95	0,87	-1,00	-2,67	0,67	9,14	0,02*
	İlköğretim	95	-1,09	1,03	-1,00	-3,67	2,00		
	Lise ve Dengi	128	-1,42	1,15	-1,33	-4,00	1,67		
	Yüksekokul/ Fakülte	148	-1,41	1,10	-1,50	-4,00	1,00		
SQ2	Okur Yazar Değil	28	-0,91	0,86	-1,00	-3,00	1,00	10,03	0,01*
	İlköğretim	95	-1,23	1,11	-1,00	-3,33	1,67		
	Lise ve Dengi	128	-1,51	1,19	-1,50	-4,00	1,00		
	Yüksekokul/ Fakülte	148	-1,54	1,12	-1,66	-4,00	1,00		
SQ3	Okur Yazar Değil	29	-0,89	0,89	-1,00	-3,33	0,67	7,29	0,06
	İlköğretim	95	-1,35	1,03	-1,33	-4,00	0,67		
	Lise ve Dengi	128	-1,42	1,15	-1,33	-4,00	1,67		
	Yüksekokul/ Fakülte	148	-1,41	1,05	-1,33	-4,00	1,00		
SQ4	Okur Yazar Değil	29	-0,99	0,94	-1,00	-3,50	0,50	4,73	0,19
	İlköğretim	95	-1,42	1,11	-1,25	-4,00	0,75		
	Lise ve Dengi	128	-1,39	1,34	-1,50	-4,00	6,00		
	Yüksekokul/ Fakülte	148	-1,44	1,18	-1,50	-4,00	1,00		
SQ5	Okur Yazar Değil	29	-1,00	1,00	-1,00	-3,00	1,00	12,0	,00*
	İlköğretim	95	-1,41	1,16	-1,00	-4,00	1,50		
	Lise ve Dengi	128	-1,43	1,35	-1,50	-4,00	1,50		
	Yüksekokul/ Fakülte	148	-1,76	1,23	-2,00	-4,00	1,50		

*Fark Var (p<0,05).

Çizelge 3.16.'ya göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının öğrenim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, farklı öğrenim düzeylerinde bulunan hastaların SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik) ve SQ5 (Empati) boyutlarına ilişkin SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli farklılıklar bulunmuştur (p<0,05).. Bu farklılığın nedeni,

okur yazar olmayanların verdikleri cevapların SERVQUAL skorlarının, ilköğretim, lise ve dengi, yüksekokul/fakülte cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarından yüksek çıkmasıdır. SQ3 (Heveslilik) ve SQ4 (Güven) boyutlarında ise farklı öğrenim düzeylerinde bulunan hastaların SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.17. Araştırma Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Öğrenim Durumu	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	Okur Yazar Değil	28	-0,95	0,81	-0,75	-3,00	0,53	9,756	0,02*
	İlköğretim	95	-1,30	0,92	-1,13	-3,27	0,50		
	Lise ve Dengi	128	-1,44	1,06	-1,53	-4,00	1,27		
	Yüksekokul/Fakülte	148	-1,51	0,98	-1,47	-4,00	0,47		
SQA	Okur Yazar Değil	28	0,01	0,02	,00	,00	0,09	12,51	,00*
	İlköğretim	95	0,02	0,29	0,01	,00	0,12		
	Lise ve Dengi	128	0,03	0,03	0,02	,00	0,16		
	Yüksekokul/Fakülte	148	0,06	0,03	0,02	,00	0,16		

*Fark Var. $p<0,05$

Çizelge 3.17'ye göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorlarına göre hastaların öğrenim durumlarına ilişkin SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu farklılığın nedeni, okur yazar olmayanların verdikleri cevaplar ile ilköğretim, lise ve dengi, yüksekokul/fakülte cevabını verenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

3.2.6. Araştırma Grubunun İkamet Yerine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.18. Araştırma Grubunun İkamet Yerine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

	İkamet yeri	N	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	Şehir merkezi	314	-1,33	1,08	-1,33	-4,00	1,67	2,38	0,49
	İlçe Merkezi	38	-1,34	1,04	-1,00	-4,00	0,67		
	Köy	32	-1,22	1,09	-1,00	-3,67	0,67		
	Şehir Dışı	16	-0,89	1,57	-0,83	-4,00	2,00		
SQ2	Şehir Merkezi	314	-1,43	1,14	-1,33	-4,00	1,67	3,35	0,34
	İlçe Merkezi	38	-1,56	0,98	-1,50	-4,00	0,00		
	Köy	31	-1,21	1,15	-1,00	-3,00	1,00		
	Şehir Dışı	16	-1,06	1,36	-1,00	-4,00	1,00		
SQ3	Şehir Merkezi	314	-1,37	1,08	-1,33	-4,00	1,67	1,42	0,69
	İlçe Merkezi	38	-1,47	1,11	-1,33	-4,00	0,33		
	Köy	32	-1,18	0,88	-1,00	-3,33	0,67		
	Şehir Dışı	16	-1,27	1,26	-1,16	-4,00	0,67		
SQ4	Şehir Merkezi	314	-1,37	1,21	-1,25	-4,00	6,00	0,68	0,87
	İlçe Merkezi	38	-1,54	1,27	-1,50	-4,00	1,00		
	Köy	32	-1,46	1,03	-1,50	-3,50	0,50		
	Şehir Dışı	16	-1,34	1,36	-1,25	-4,00	0,50		
SQ5	Şehir Merkezi	314	-1,54	1,26	-1,50	-4,00	1,50	2,68	0,44
	İlçe Merkezi	38	-1,60	1,24	-1,50	-4,00	1,00		
	Köy	32	-1,23	1,04	-1,00	-3,50	0,50		
	Şehir Dışı	16	-1,34	1,48	-1,00	-4,00	1,00		

p>0,05

Çizelge 3.18.'e göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının ikametgah yerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarının SERVQUAL skor ortalamaları arasında farklı yerlerde ikamet eden hastaların 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.19. Araştırma Grubunun İkamet Yerine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	İkamet yeri	N	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	Şehir Merkezi	314	-1,41	0,99	-1,42	-4,00	1,27	1,88	0,59
	İlçe Merkezi	38	-1,50	0,93	-1,30	-4,00	,00		
	Köy	31	-1,27	0,91	-1,13	-3,05	0,53		
	Şehir Dışı	16	-1,34	1,48	-1,00	-4,00	1,00		
SQA	Şehir Merkezi	314	0,03	0,31	0,02	,00	0,16	1,67	0,64
	İlçe Merkezi	38	0,03	0,03	0,02	,00	0,16		
	Köy	31	0,02	0,02	0,01	,00	0,09		
	Şehir Dışı	16	0,03	0,04	0,01	,00	0,16		

$p>0,05$

Çizelge 3.19.'a göre araştırma grubunun ikamet yerlerine göre eşit ağırlık ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.2.7. Araştırma Grubunun Gelir Düzeylerine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.20. Araştırma Grubunun Gelir Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Gelir (TL)	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	999 ve altı	213	-1,20	1,06	-1,00	-4,00	2,00	3,86	0,14
	1000-1999	120	-1,38	1,16	-1,33	-4,00	1,33		
	2000 ve Üstü	67	-1,50	1,05	-1,33	-4,00	1,00		
SQ2	999 ve altı	212	-1,50	1,19	-1,33	-4,00	1,67	4,14	0,12
	1000-1999	120	-1,58	1,19	-1,66	-4,00	1,00		
	2000 ve Üstü	67	-1,58	1,05	-1,66	-4,00	0,00		
SQ3	999 ve altı	213	-1,31	1,09	-1,33	-4,00	1,67	1,90	0,38
	1000-1999	120	-1,38	1,06	-1,33	-4,00	1,00		
	2000 ve Üstü	67	-1,50	1,02	-1,66	-4,00	1,00		
SQ4	999 ve altı	213	-1,28	1,23	-1,25	-4,00	6,00	5,05	0,08
	1000-1999	120	-1,43	1,18	-1,25	-4,00	1,00		
	2000 ve Üstü	67	-1,65	1,15	-1,75	-4,00	1,00		
SQ5	999 ve altı	213	-1,48	1,19	-1,50	-4,00	1,00	2,74	0,25
	1000-1999	120	-1,45	1,39	-1,50	-4,00	1,50		
	2000 ve Üstü	67	-1,74	1,19	-2,00	-4,00	1,00		

p>0,05

*2.62TL=1\$ Paritesi

Çizelge 3.20.'ye göre, hizmet kalitesi boyutlarının SERVQUAL skorlarının, gelir düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre, farklı gelir düzeylerine sahip hastaların

SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Başka bir ifade ile düşük gelir düzeyine sahip hastalarla yüksek gelir düzeyinde bulunan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin değişmediği söylenebilir.

Çizelge 3.21. Araştırma Grubunun Gelir Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Gelir (TL)	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X^2	p
SQE	999 ve altı	212	-1,32	0,98	-1,26	-4,00	1,27	4,17	0,12
	1000-1999	120	-1,43	1,03	-1,35	-4,00	0,30		
	2000 ve Üstü	67	-1,59	0,95	-1,58	-4,00	0,35		
SQA	999 ve altı	212	0,03	0,03	0,02	,00	0,16	3,66	0,16
	1000-1999	120	0,03	0,03	0,02	,00	0,16		
	2000 ve Üstü	67	0,03	0,03	0,03	,00	0,16		

$p>0,05$

Çizelge 3.21.'e göre, eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorlarına göre hastaların gelir durumlarına bakıldığında, SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

3.2.8. Araştırma Grubunun Sahip Olduğu Sosyal Güvenceye Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.22. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Sosyal Güvence	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	GSS	268	-1,31	1,07	-1,33	-4,00	1,33	2,20	0,53
	GSS(Yeşil Kartlı)	97	-1,20	1,15	-1,00	-4,00	2,00		
	Güvencem Yok	28	-1,52	1,14	-1,66	-3,67	0,67		
	Özel Sigorta	7	-1,47	1,13	-1,33	-3,00	0,00		
SQ2	GSS	268	-1,43	1,13	-1,33	-4,00	1,67	1,29	0,73
	GSS(Yeşil Kartlı)	97	-1,31	1,18	-1,33	-4,00	1,00		
	Güvencem Yok	28	-1,52	1,15	-1,33	-4,00	0,33		
	Özel Sigorta	6	-1,55	0,88	-1,66	-2,67	0,00		
SQ3	GSS	268	-1,39	1,06	-1,33	-4,00	1,00	1,04	0,78
	GSS(Yeşil Kartlı)	97	-1,28	1,13	-1,33	-4,00	1,67		
	Güvencem Yok	28	-1,38	1,10	-1,16	-3,33	1,00		
	Özel Sigorta	7	-1,57	0,95	-1,66	-3,00	,00		
SQ4	GSS	268	-1,40	1,17	-1,37	-4,00	1,00	0,75	0,86
	GSS(Yeşil Kartlı)	97	-1,43	1,13	-1,25	-4,00	1,00		
	Güvencem Yok	28	-1,48	1,22	-1,50	-4,00	0,50		
	Özel Sigorta	7	-1,03	0,72	-1,25	-2,00	,00		
SQ5	GSS	268	-1,55	1,26	-1,50	-4,00	1,50	0,75	0,86
	GSS(Yeşil Kartlı)	97	-1,43	1,27	-1,00	-4,00	1,50		
	Güvencem Yok	28	-1,52	1,14	-1,66	-3,67	0,67		
	Özel Sigorta	7	-1,57	1,20	-2,00	-3,00	0,50		

p>0,05

Çizelge 3.22.'ye göre, hizmet kalitesi boyutlarının SERVQUAL skorlarının sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, Diyarbakır GYEAH'nden hizmet alan hastaların sahip oldukları sosyal güvencelerine göre SERVQUAL skor ortalamaları arasında SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3

(Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.23. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Sosyal Güvence	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	$\bar{X}^2$	p
SQE	GSS	268	-1,42	0,98	-1,35	-4,00	0,53	1,09	0,77
	GSS(Yeşil Kartlı)	97	-1,32	1,05	-1,23	-4,00	1,27		
	Güvencem Yok	28	-1,46	0,96	-1,45	-3,63	0,00		
	Özel Sigorta	6	-1,49	0,84	-1,81	-2,22	0,10		
SQA	GSS	268	0,03	0,03	0,02	0,00	0,16	0,72	0,86
	GSS(Yeşil Kartlı)	97	0,03	0,03	0,01	0,00	0,16		
	Güvencem Yok	28	0,03	0,03	0,02	0,00	0,13		
	Özel Sigorta	6	0,03	0,01	0,03	0,00	0,05		

$p>0,05$

Çizelge 3.23.'e göre; eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorlarına göre SERVQUAL skor ortalamaları Diyarbakır GYEAH'nden hizmet alan hastaların sahip oldukları sosyal güvence durumlarına göre önemli bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

3.2.9. Araştırma Grubunun Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığına Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.24. Araştırma Grubunun Herhangi Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığına Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Bir Sağlık Kuruluşuna Uğrama Sıklığı	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Z	p
SQ1	Haftada 1 veya Daha fazla	45	-1,22	1,26	-1,00	-3,33	1,67	-0,39	0,69
	Ayda Bir	95	-1,25	1,08	-1,00	-3,67	1,00		
	Yılda Birkaç Kez veya Birkaç Yılda Bir	260	-1,34	1,07	-1,33	-4,00	2,00		
SQ2	Haftada 1 veya Daha fazla	44	-1,28	1,26	-1,00	-4,00	1,00	-0,88	0,37
	Ayda Bir	95	-1,38	1,24	-1,33	-4,00	1,00		
	Yılda Birkaç Kez veya Birkaç Yılda Bir	260	-1,44	1,08	-1,33	-4,00	1,67		
SQ3	Haftada 1 veya Daha fazla	45	-1,17	1,36	-1,00	-4,00	1,67	-1,07	0,28
	Ayda Bir	95	-1,39	1,07	-1,33	-4,00	0,33		
	Yılda Birkaç Kez veya Birkaç Yılda Bir	260	-1,39	1,02	-1,33	-4,00	1,00		
SQ4	Haftada 1 veya Daha fazla	45	-1,14	1,30	-1,00	-4,00	1,00	-1,39	0,16
	Ayda Bir	95	-1,48	1,21	-1,25	-4,00	0,75		
	Yılda Birkaç Kez veya Birkaç Yılda Bir	260	-1,40	1,18	-1,50	-4,00	6,00		

Çizelge 3.24. Devam Araştırma Grubunun Herhangi Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığına Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Bir Sağlık Kuruluşuna Uğrama Sıklığı	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Z	p
SQ5	Haftada 1 veya Daha fazla	45	-1,40	1,34	-1,00	-4,00	1,00	-0,77	0,43
	Ayda Bir	95	-1,53	1,31	-1,50	-4,00	1,50		
	Yılda Birkaç Kez veya Birkaç Yılda Bir	260	-1,53	1,22	-1,50	-4,00	1,50		

p>0,05

Çizelge 3.24.'e göre, hizmet kalitesi boyutlarının SERVQUAL skorlarının herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Withney U Testi sonucuna göre, SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.25. Araştırma Grubunun Herhangi Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığına Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Bir Sağlık Kuruluşuna Uğrama Sıklığı	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	Z	p
SQE	Haftada 1 veya Daha fazla	44	-1,25	1,20	-1,19	-3,40	1,27	-0,96	0,33
	Ayda Bir	95	-1,41	1,05	-1,30	-3,57	0,47		
	Yılda Birkaç Kez veya Birkaç Yılda Bir	260	-1,42	0,93	-1,40	-4,00	0,48		
SQA	Haftada 1 veya Daha fazla	44	0,03	0,03	0,01	,00	0,12	-0,67	0,49
	Ayda Bir	95	0,03	0,03	0,01	,00	0,13		
	Yılda Birkaç Kez veya Birkaç Yılda Bir	260	0,03	0,03	0,02	,00	0,16		

p>0,05

Çizelge 3.25.'e göre araştırma grubunun herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığına göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

3.2.10. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Şekline Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge:3.26. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Şekline Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Geliş Şekli	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	Doğrudan Hastaneye Başvuru	318	-1,33	1,10	-1,33	-4,00	1,67	1,16	0,55
	Yakını Tarafından Getirilme	53	-1,27	1,20	-1,33	-4,00	2,00		
	Başka Kurumdan Sevk	29	-1,12	0,90	-1,00	-3,00	0,00		
SQ2	Doğrudan Hastaneye Başvuru	317	-1,43	1,15	-1,33	-4,00	1,67	0,95	0,61
	Yakını Tarafından Getirilme	53	-1,41	1,08	-1,66	-4,00	1,00		
	Başka Kurumdan Sevk	29	-1,21	1,05	-1,33	-3,33	0,67		
SQ3	Doğrudan Hastaneye Başvuru	318	-1,39	1,08	-1,33	-4,00	1,67	1,06	0,58
	Yakını Tarafından Getirilme	53	-1,34	0,99	-1,33	-4,00	0,67		
	Başka Kurumdan Sevk	29	-1,14	1,09	-1,00	-3,33	0,67		
SQ4	Doğrudan Hastaneye Başvuru	318	-1,41	1,24	-1,50	-4,00	6,00	0,69	0,70
	Yakını Tarafından Getirilme	53	-1,30	1,05	-1,25	-4,00	0,75		
	Başka Kurumdan Sevk	29	-1,31	1,16	-1,25	-4,00	0,75		
SQ5	Doğrudan Hastaneye Başvuru	318	-1,57	1,27	-1,50	-4,00	1,50	2,81	0,24
	Yakını Tarafından Getirilme	53	-1,23	1,13	-1,00	-4,00	1,50		
	Başka Kurumdan Sevk	29	-1,46	1,20	-1,00	-4,00	0,50		

p>0,05

Çizelge 3.26.'ya göre, hizmet kalitesi boyutlarına verilen SERVQUAL skorlarının hastaneye geliş şekline göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati)

boyutlarına ilişkin SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.27. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Şekline Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Geliş Şekli	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	Doğrudan Hastaneye Başvuru	317	-1,42	1,00	-1,36	-4,00	1,27	1,24	0,53
	Yakını Tarafından Getirilme	53	-1,31	0,94	-1,40	-4,00	0,50		
	Başka Kurumdan Sevk	29	-1,25	0,99	-1,00	-3,00	0,32		
SQA	Doğrudan Hastaneye Başvuru	317	0,03	0,03	0,02	0,00	0,16	2,34	0,30
	Yakını Tarafından Getirilme	53	0,02	0,02	0,02	0,00	0,16		
	Başka Kurumdan Sevk	29	0,02	0,02	0,12	0,00	0,10		

$p>0,05$

Çizelge 3.27.'ye göre araştırma grubunun hastaneye geliş şekline göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.2.11. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.28. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Geliş Nedeni	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	Muayene,Kontrol/ KronikHastalıkKont.	308	-1,32	1,10	-1,33	-4,00	2,00	4,12	0,38
	Tetkik/Tahlil	16	-1,50	1,11	-1,33	-3,33	0,33		
	Tıbbi Müdahale	15	-1,53	1,13	-1,33	-4,00	0,00		
	Yatış	29	-0,96	1,04	-0,66	-3,00	0,67		
	Diğer (Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin) / Sevk	32	-1,22	1,04	-1,33	-3,00	0,67		
SQ2	Muayene,Kontrol/ KronikHastalıkKont.	308	-1,43	1,13	-1,33	-4,00	1,67	5,05	0,28
	Tetkik/Tahlil	16	-1,83	0,92	-1,83	-3,67	-0,33		
	Tıbbi Müdahale	15	-1,46	1,52	-1,33	-4,00	1,00		
	Yatış	29	-1,10	1,20	-1,00	-4,00	0,67		
	Diğer(Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin)/ Sevk	32	-1,30	1,04	-1,16	-3,00	1,00		
SQ3	Muayene/Kontrol / KronikHastalıkKont.	308	-1,40	1,06	-1,33	-4,00	1,67	8,30	0,08
	Tetkik/Tahlil	16	-1,45	0,85	-1,50	-3,00	-0,33		
	Tıbbi Müdahale	15	-1,53	1,36	-1,33	-4,00	0,00		
	Yatış	29	-0,86	1,12	-0,66	-4,00	0,67		
	Diğer(Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin)/Sevk	32	-1,33	1,03	-1,33	-3,00	0,67		
SQ4	Muayene/Kontrol/ KronikHastalıkKont.	308	-1,44	1,14	-1,50	-4,00	1,00	7,30	0,12
	Kronik Hastalık Knt	37	-1,04	0,94	-1,00	-3,75	0,00		
	Tetkik/Tahlil	16	-1,57	1,31	-1,75	-3,50	1,00		
	Tıbbi Müdahale	15	-1,51	1,38	-1,00	-4,00	0,00		
	Yatış	29	-0,85	1,06	-1,00	-3,00	0,75		
	Diğer(Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin)/Sevk	32	-1,46	1,01	-1,50	-4,00	0,50		

Çizelge 3.28. Devam Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Geliş Nedeni	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ5	Muayene,Kontrol/ KronikHastalıkKont.	308	-1,57	1,25	-1,50	-4,00	1,50	5,66	0,22
	Tetkik/Tahlil	16	-1,56	1,69	-1,75	-4,00	1,50		
	Tıbbi Müdahale	15	-1,50	1,48	-1,00	-4,00	0,50		
	Yatış	29	-1,03	1,04	-1,00	-3,00	0,50		
	Diğer(Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin)/Sevk	32	-1,43	1,04	-1,00	-4,00	,00		

p>0,05

Çizelge 3.28.'e göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının hastaneye geliş nedenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, hastaların SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarına ilişkin SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Çizelge 3.29. Araştırma Grubunun Hastaneye Geliş Nedenine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Geliş Nedeni	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	Muayene,Kontrol/ Kronik Hastalık Knt	307	-1,43	0,98	-1,43	-4,00	1,27	6,89	0,14
	Tetkik/Tahlil	16	-1,58	0,99	-1,70	-3,50	0,18		
	Tıbbi Müdahale	15	-1,51	1,30	0,883	-4,00	0,10		
	Yatış	29	-0,96	0,99	-0,76	-3,28	0,53		
	Diğer(Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin)/Sevk	32	-1,35	0,89	-1,21	-3,15	0,27		
SQA	Muayene,Kontrol/ Kronik Hastalık Knt	307	0,03	0,03	0,02	,00	0,16	8,45	0,76
	Tetkik/Tahlil	16	0,03	0,33	0,03	,00	0,12		
	Tıbbi Müdahale	15	0,04	0,04	0,01	,00	0,16		
	Yatış	29	0,02	0,02	0,01	,00	0,11		
	Diğer(Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu İçin)/Sevk	32	0,02	0,02	0,01	,00	0,10		

p>0,05

Çizelge 3.29.'a göre araştırma grubunun hastaneye geliş nedenine göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

3.2.12. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tercih Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.30. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tercih Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Tercih Nedeni	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	Kamu Hastanesi olması	249	-1,28	1,11	-1,33	-4,00	2,00	7,33	0,39
	Çevre Tavsiyesi	29	-1,36	1,19	-1,33	-3,00	0,67		
	Doktor Tavsiyesi	30	-1,28	0,90	-1,33	-3,33	0,33		
	Hekimlerin Bilinirliği	18	-1,00	0,81	-1,00	-2,67	0,67		
	Teknolojik Yenilik/Tanıtım/Reklam	11	-1,03	0,76	-1,33	-2,33	,00		
	Güven Duyma	19	-1,28	0,99	-1,33	-3,67	,00		
	Yakın Oluşu	27	-1,75	1,38	-2,00	-4,00	1,00		
	Fiyat Uygunluğu	17	-1,37	0,96	-1,66	-3,00	0,00		
SQ2	Kamu Hastanesi olması	249	-1,40	1,12	-1,33	-4,00	1,67	10,7	0,15
	Çevre Tavsiyesi	29	-1,45	1,12	-1,66	-3,00	1,00		
	Doktor Tavsiyesi	29	-1,28	0,90	-1,33	-3,33	0,33		
	Hekimlerin Bilinirliği	18	-1,00	0,81	-1,00	-2,67	0,67		
	Teknolojik Yenilik/Tanıtım/Reklam	11	-0,97	1,22	-0,66	-2,67	1,00		
	Güven Duyma	19	-1,28	0,99	-1,33	-3,67	,00		
	Yakın Oluşu	27	-1,75	1,38	-2,00	-4,00	1,00		
	Fiyat Uygunluğu	17	-1,43	1,37	-1,33	-3,67	1,00		
SQ3	Kamu Hastanesi olması	249	-1,36	1,06	-1,33	-4,00	1,67	13,1	0,06
	Çevre Tavsiyesi	29	-1,28	1,06	-1,33	-3,00	1,00		
	Doktor Tavsiyesi	30	-1,55	1,01	-1,66	-4,00	,00		
	Hekimlerin Bilinirliği	18	-1,18	0,82	-1,16	-2,33	0,33		
	Teknolojik Yenilik/Tanıtım/Reklam	11	-0,81	1,33	,00	-3,00	0,33		
	Güven Duyma	19	-0,91	0,74	-1,00	-2,33	,00		
	Yakın Oluşu	27	-1,79	1,28	-2,00	-4,00	1,00		
	Fiyat Uygunluğu	17	-1,64	1,23	-1,66	-3,33	0,33		

Çizelge 3.30. Devam. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tercih Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Tercih Nedeni	n	Ort	ss	Ortnca	Min	Max	X ²	p
SQ4	Kamu Hastanesi olması	249	-1,39	1,14	-1,25	-4,00	1,00	4,69	0,69
	Çevre Tavsiyesi	29	-1,56	1,02	-1,50	-3,25	0,50		
	Doktor Tavsiyesi	30	-1,45	1,26	-1,25	-4,00	1,00		
	Hekimlerin Bilinirliği	18	-1,52	1,15	-1,62	-3,50	0,00		
	Teknolojik Yenilik/Tanıtım/Reklam	11	-1,00	1,18	-0,50	-3,75	0,50		
	Güven Duyma	19	-1,19	1,03	-1,25	-3,00	0,50		
	Yakın Oluşu	27	-1,66	1,24	-1,75	-4,00	0,75		
	Fiyat Uygunluğu	17	-0,79	2,14	-1,25	-3,00	6,00		
SQ5	Kamu Hastanesi olması	249	-1,48	1,28	-1,50	-4,00	1,50	7,94	0,33
	Çevre Tavsiyesi	29	-1,55	1,00	-1,00	-4,00	0,00		
	Doktor Tavsiyesi	30	-1,81	1,22	-2,00	-4,00	0,00		
	Hekimlerin Bilinirliği	18	-1,38	1,44	-1,50	-4,00	1,00		
	Teknolojik Yenilik/Tanıtım/Reklam	11	-1,27	1,21	-1,50	-4,00	0,50		
	Güven Duyma	19	-1,07	1,12	-1,00	-4,00	0,00		
	Yakın Oluşu	27	-1,94	1,31	-2,00	-4,00	0,00		
	Fiyat Uygunluğu	17	-1,61	1,17	-1,50	-4,00	0,50		

*Fark var

Çizelge 3.30.'a göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının hastaneyi tercih nedenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucuna göre, SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarına ilişkin SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.31. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tercih Nedenine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Tercih Nedeni	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	Kamu Hastanesi olması	249	-1,38	0,99	-1,35	-4,00	1,27	8,89	0,26
	Çevre Tavsiyesi	29	-1,44	0,95	-1,26	-3,18	0,50		
	Doktor Tavsiyesi	29	-1,52	0,93	-1,55	-3,27	0,00		
	Hekimlerin Bilinirliği	18	-1,26	0,87	-1,37	-2,55	0,17		
	Teknolojik Yenilik/Tanıtım/Reklam	11	-1,01	1,02	-4,46	-3,15	0,10		
	Güven Duyma	19	-1,12	0,89	-0,85	-3,40	0,00		
	Yakın Oluşu	27	-1,83	1,13	-1,950	-4,00	0,35		
	Fiyat Uygunluğu	17	-1,37	1,08	-1,20	-3,33	0,10		
SQA	Kamu Hastanesi olması	249	0,03	0,31	0,02	,00	0,16	11,5	0,11
	Çevre Tavsiyesi	29	0,03	0,02	0,02	,00	0,10		
	Doktor Tavsiyesi	29	0,03	0,03	0,02	,00	0,12		
	Hekimlerin Bilinirliği	18	0,02	0,02	0,02	,00	0,07		
	Teknolojik Yenilik/Tanıtım/Reklam	11	0,02	0,03	,00	,00	0,10		
	Güven Duyma	19	0,02	0,02	0,01	,00	0,12		
	Yakın Oluşu	27	0,04	0,04	0,04	,00	0,16		
	Fiyat Uygunluğu	17	0,03	0,03	0,03	,00	0,11		

p>0,05

Çizelge 3.31.'e göre araştırma grubunun hastaneyi tercih nedenine göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

3.2.13. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.32. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Tekrar Tercih	n	Ort	ss	Ortn	Min	Max	X²	p
SQ1	Evet	246	-1,05	1,00	-1,00	-3,67	1,67	36,4	,00*
	Hayır	69	-1,80	1,16	-1,66	-4,00	1,00		
	Kararsız	85	-1,62	1,09	-1,66	-4,00	2,00		
SQ2	Evet	246	-1,13	1,04	-1,00	-4,00	1,00	40,6	,00*
	Hayır	69	-2,00	1,24	-2,00	-4,00	1,67		
	Kararsız	84	-1,75	1,04	-2,00	-4,00	,67		
SQ3	Evet	246	-1,12	1,01	-1,00	-4,00	,00	32,2	,00*
	Hayır	69	-1,92	1,13	-2,00	-4,00	,00		
	Kararsız	85	-1,60	1,00	-1,66	-4,00	1,00		
SQ4	Evet	246	-1,17	1,18	-1,00	-4,00	6,00	22,0	,00*
	Hayır	69	-1,90	1,34	-2,00	-4,00	1,00		
	Kararsız	85	-1,60	1,99	-1,75	-4,00	1,00		
SQ5	Evet	246	-1,26	1,20	-1,00	-4,00	1,50	27,0	,00*
	Hayır	69	-2,08	1,36	-2,00	-4,00	1,00		
	Kararsız	85	-1,80	1,10	-2,00	-4,00	1,00		

*Fark var $p < 0,05$

Çizelge 3.32.'ye göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının, hastaneyi tekrar tercih etme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi testi sonucuna göre, SERVQUAL skor ortalamaları SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarında SERVQUAL skorları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu farklılığın nedeninin evet cevabı verenlerin SERVQUAL skorlarının hayır ve kararsızım cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3.33. Araştırma Grubunun Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Tekrar Tercih	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X²	p
SQE	Evet	246	-1,15	,929	-1,05	-3,40	1,27	40,5	,00*
	Hayır	69	-1,94	1,07	-1,78	-4,00	0,22		
	Kararsız	84	-1,68	0,87	-1,85	-4,00	0,35		
SQA	Evet	246	0,02	0,02	0,01	,00	0,12	41,9	,00*
	Hayır	69	0,05	0,04	0,03	,00	0,16		
	Kararsız	84	0,03	0,02	0,03	,00	0,16		

*Fark var $p < 0,05$

Çizelge 3.33'e göre hastaların Diyarbakır GYEAH'ni gelecekte tekrar tercih etme durumlarına göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları açısından önemli bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu farklılığın nedeni hayır ve kararsızım cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarının evet diyenlere oranla daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

3.2.14. Araştırma Grubunun Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.34. Araştırma Grubunun Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Tavsiye	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ1	Evet	226	-1,03	1,01	-1,00	-3,67	1,67	40,1	,00*
	Hayır	80	-1,86	1,04	-2,00	-4,00	1,00		
	Kararsız	94	-1,49	1,13	-1,66	-4,00	2,00		
SQ2	Evet	225	-1,10	1,06	-1,00	-4,00	1,00	41,9	,00*
	Hayır	80	-2,86	1,17	-2,00	-4,00	1,67		
	Kararsız	94	-1,63	1,04	-1,66	-4,00	1,00		
SQ3	Evet	226	-1,10	1,00	-1,00	-4,00	1,67	34,1	,00*
	Hayır	80	-1,97	1,16	-2,00	-4,00	1,00		
	Kararsız	94	-1,48	0,94	-1,50	-4,00	1,00		
SQ4	Evet	226	-1,17	1,09	-1,00	-4,00	1,00	25,9	,00*
	Hayır	80	-1,95	1,28	-2,00	-4,00	1,00		
	Kararsız	94	-1,43	1,27	-1,50	-4,00	6,00		
SQ5	Evet	226	-1,29	1,23	-1,00	-4,00	1,50	21,8	,00*
	Hayır	80	-2,05	1,00	-2,00	-4,00	1,00		
	Kararsız	94	-1,60	1,12	-1,50	-4,00	1,50		

p<0,005 *Fark var

Çizelge 3.34.'e göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Test sonucuna göre, araştırma grubunun Diyarbakır GYEAH'ni başkalarına tavsiye etme durumuna göre SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarının SERVQUAL skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu gözlenmiştir (p<0,05). Bu farklılığın nedeninin hayır ve kararsızım cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarının evet cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarından düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3.35. Araştırma Grubunun Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Durumuna Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Tavsiye	n	Ortalama	ss	Ortanca	Min	Max	X ²	p
SQE	Evet	225	-1,14	0,941	-1,00	-3,40	1,27	38,9	,00*
	Hayır	80	-1,97	1,03	-2,03	-4,00	0,00		
	Kararsız	94	-1,53	0,86	-1,58	-4,00	0,35		
SQA	Evet	225	0,02	0,02	0,01	0,00	0,12	43,3	,00*
	Hayır	80	0,05	0,04	0,04	0,00	0,16		
	Kararsız	94	0,03	0,02	0,03	0,00	0,16		

p<0,05, *Fark var

Çizelge 3.35.'e göre hastaların hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumlarına göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05). Bu farklılığın nedeni eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları karşılaştırmasında hayır ve kararsızım diyenlerin SERVQUAL skorlarının evet yanıtını verenlerin SERVQUAL skorlarından daha düşük bulunmasıdır.

3.2.15. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.36. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Ekonomik Neden	n	Ort.	ss	Ortnca	Min	Max	X ²	p
SQ1	Kamu hastanesi Olması	205	-1,26	1,06	-1,00	-4,00	1,00	6,29	0,51
	Sosyal Güvencenin Olması/Yeşil Kartlı	99	-1,24	1,16	-1,33	-3,33	2,00		
	Ulaşım Maliyetlerinin Düşük Olması	18	-1,59	1,29	-2,00	-3,33	1,33		
	Lab. tetkiklerinden İlave Ücret Alınmaması	17	-1,37	1,27	-1,00	-3,33	0,33		
	Ücretsiz yeme içme	19	-1,54	1,01	-1,66	-3,33	0,33		
	Zaman ve Fiyat Konusunda Avantaj Sağlaması	12	-1,58	1,20	-1,50	-3,67	0,00		
	Teknik Kapasiteden Dolayı Başka hastaneye Yönlendirilmeme	22	-1,24	0,89	-1,33	-3,00	0,67		
	Hastanenin Teknik İmkanlarının Yeterli Oluşu	7	-1,80	1,13	-2,00	-3,67	0,00		
SQ2	Kamu hastanesi Olması	205	-1,33	1,13	-1,33	-3,67	1,00	7,07	0,42
	Sosyal Güvencenin Olması/ Yeşil Kartlı	99	-1,47	1,14	-1,33	-3,67	1,00		
	Ulaşım Maliyetlerinin Düşük Olması	18	-1,59	0,89	-1,83	-3,00	,00		
	Lab. tetkiklerinden İlave Ücret Alınmaması	17	-1,66	1,16	-1,16	-4,00	0,33		
	Ücretsiz yeme içme	18	-1,42	1,44	-1,83	-4,00	1,00		
	Zaman ve Fiyat Konusunda Avantaj Sağlaması	12	-1,77	1,10 4	-1,83	-4,00	,00		
	Teknik Kapasiteden Dolayı Başka hastaneye Yönlendirilmeme	22	-1,19	1,03	-1,33	-2,67	0,67		
	Hastanenin Teknik İmkanlarının Yeterli Oluşu	7	-2,09	1,21	-2,66	-3,33	-0,33		

Çizelge 3.36. Devam. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Ekonomik Neden	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ3	Kamu hastanesi Olması	205	-1,34	1,09	-1,33	-4,00	1,00	2,63	0,91
	Sosyal Güvencenin Olması/ Yeşil Kartlı	99	-1,44	1,09	-1,33	-4,00	1,67		
	Ulaşım Maliyetlerinin Düşük Olması	18	-1,33	1,01	-1,66	-2,67	0,67		
	Lab. tetkiklerinden İlave Ücret Alınmaması	17	-1,31	1,15	-1,00	-3,67	0,33		
	Ücretsiz yeme içme	19	-1,57	1,29	-1,66	-4,00	0,33		
	Zaman ve Fiyat Konusunda Avantaj Sağlaması	12	-1,27	0,74	-1,33	-2,33	0,00		
	Teknik Kapasiteden Dolayı Başka hastaneye Yönlendirilmeme	22	-1,10	0,85	-1,33	-2,33	0,67		
	Hastanenin Teknik İmkanlarının Yeterli Oluşu	7	-1,61	1,14	-1,00	-3,33	-0,33		
SQ4	Kamu hastanesi Olması	205	-1,42	1,14	-1,50	-4,00	1,00	1,14	0,98
	Sosyal Güvencenin Olması/ Yeşil Kartlı	99	-1,45	1,25	-1,25	-4,00	1,00		
	Ulaşım Maliyetlerinin Düşük Olması	18	-1,48	0,93	-1,25	-3,25	0,00		
	Lab. tetkiklerinden İlave Ücret Alınmaması	17	-1,27	1,29	-1,25	-3,50	1,00		
	Ücretsiz yeme içme	19	-1,46	1,29	-1,25	-3,50	0,00		
	Zaman ve Fiyat Konusunda Avantaj Sağlaması	12	-0,81	2,39	-1,37	-3,00	6,00		
	Teknik Kapasiteden Dolayı Başka hastaneye Yönlendirilmeme	22	-1,14	1,14	-1,12	-2,75	0,75		
	Hastanenin Teknik İmkanlarının Yeterli Oluşu	7	-1,42	1,04	-1,00	-3,00	-0,50		

Çizelge 3.36. Devam. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine Göre SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Ekonomik Neden	N	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQ5	Kamu hastanesi Olması	205	-1,57	1,24	-1,50	-4,00	1,50	1,73	0,97
	Sosyal Güvencenin Olması/ Yeşil Kartlı	99	-1,52	1,33	-1,50	-4,00	1,50		
	Ulaşım Maliyetlerinin Düşük Olması	18	-1,41	1,23	-1,25	-3,50	1,00		
	Lab. tetkiklerinden İlave Ücret Alınmaması	17	-1,20	1,40	-1,00	-4,00	1,00		
	Ücretsiz yeme içme	19	-1,52	1,27	-1,00	-3,00	0,50		
	Zaman ve Fiyat Konusunda Avantaj Sağlaması	12	-1,54	1,30	-1,25	-4,00	0,00		
	Teknik Kapasiteden Dolayı Başka hastaneye Yönlendirilmeme	22	-1,43	1,11	-1,50	-3,50	0,50		
	Hastanenin Teknik İmkanlarının Yeterli Oluşu	7	-1,28	0,80	-1,00	-2,50	0,00		

p>0,05

Çizelge 3.36.'ya göre, hizmet kalitesi boyutlarında SERVQUAL skorlarının hastaneye başvurusunun ekonomik nedenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi test sonucuna göre, SQ1 (Fiziksel Özellikler), SQ2 (Güvenilirlik), SQ3 (Heveslilik), SQ4 (Güven) ve SQ5 (Empati) boyutlarına ilişkin SERVQUAL skor ortalamaları arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Analiz sonuçlarının daha anlamlı çıkması için araştırma katılımcılarına verilen ankette yer alan “sosyal güvence” ve “yeşil kartlı” ifadeleri birleştirilerek analiz edilmiştir.

Çizelge 3.37. Araştırma Grubunun Hastaneye Başvurusunun Ekonomik Nedenine Göre Eşit Ağırlıklı ve Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skorlarının Karşılaştırılması

	Ekonomik Neden	n	Ort	ss	Ortnc	Min	Max	X ²	p
SQE	Kamu Hastanesi Olması	205	-1,39	0,98	-1,31	-4,00	0,53	1,82	0,96
	Sosyal Güvencenin Olması/ Yeşil Kartlı	99	-1,42	1,03	-1,40	-3,50	1,27		
	Ulaşım Maliyetlerinin Düşük Olması	18	-1,48	0,87	-1,60	-2,88	0,20		
	Lab. Tetkiklerinden İlave Ücret Alınmaması	17	-1,36	1,00	-1,11	-3,63	0,00		
	Ücretsiz Yeme İçme	18	-1,53	1,18	-1,66	-3,28	0,33		
	Zaman Ve Fiyat Konusunda Avantaj Sağlaması	12	-1,39	1,05	-1,41	-3,40	0,10		
	Teknik Kapasiteden Dolayı Başka Hastaneye Yönlendirilmeme	22	-1,22	0,90	-1,31	-2,58	0,50		
	Hastanenin Teknik İmkanlarının Yeterli Oluşu	7	-1,64	0,94	-1,65	--2,90	-0,37		
SQA	Kamu Hastanesi Olması	205	0,03	0,03	0,02	,00	0,16	2,92	0,89
	Sosyal Güvencenin Olması/ Yeşil Kartlı	99	0,03	0,03	0,02	,00	0,12		
	Ulaşım Maliyetlerinin Düşük Olması	18	0,03	0,02	0,03	,00	0,08		
	Lab. Tetkiklerinden İlave Ücret Alınmaması	17	0,03	0,03	0,02	,00	0,13		
	Ücretsiz Yeme İçme	18	0,03	0,03	0,03	,00	0,11		
	Zaman Ve Fiyat Konusunda Avantaj Sağlaması	12	0,04	0,03	0,03	,00	0,12		
	Teknik Kapasiteden Dolayı Başka Hastaneye Yönlendirilmeme	22	0,02	0,02	0,02	,00	0,07		
	Hastanenin Teknik İmkanlarının Yeterli Oluşu	7	0,03	0,03	0,03	,00	0,09		

p>0,05

Çizelge 3.37.'de araştırma grubunun hastaneye başvurusunun ekonomik nedenlerine göre eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

4. TARTIŞMA

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği kaliteyi soyut olmaktan çıkarıp kalitenin somut olarak ölçülmesini sağladığı için tüm dünyada uygulandığı gibi Türkiye’de de hizmet sektöründe hizmet kalitesinin ölçülmesi için sıklıkla kullanılmaktadır.

Babakus ve Mangold (1992) SERVQUAL ölçeğinin birçok sektörde test edildiği fakat hastane ortamında uygulanmadığından yola çıkarak, hastaların hizmet kalitesini ölçmek üzere SERVQUAL ölçeğinin hastane ortamına uygunluğunu değerlendirmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Headley ve Miller (1993) “Hizmet Kalitesini Ölçme ve Gelecekteki Tüketici Davranışı ile İlişkisi” adlı çalışmalarında SERVQUAL ölçeğinin tıbbi bakım hizmetlerine adapte edilerek geçerliliği, güvenilirliği ve boyutları test edilerek ölçeğin klinik ortamlara güvenilir olarak uyarlanabileceğini göstermiştir. Lam (1997) SERVQUAL ölçeğini kullanarak hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçtüğü araştırmada, SERVQUAL ölçeğinin hizmet kalitesini ölçmede güvenilir olduğunu belirtmiştir. Yağcı ve Duman (2006) devlet ve özel üniversite hastaneleri üzerine yaptıkları bir araştırmada, SERVQUAL ölçeğinin hizmet kalitesi boyutlarının sunulan hizmetlerin kalitesinin açıklamasında uygun olduğunu belirtmişlerdir. Dikmen ve arkadaşları (2014) Kocaeli’nde bir özel hastanede yaptıkları araştırmada hasta beklenti ve algıları arasında anlamlı boşluklar olduğu sonucuna vararak, SERVQUAL ölçeğinin fonksiyonel sağlık hizmeti kalitesinin belirlenmesinde mümkün olacağını ileri sürmüşlerdir. Devedbakan ve Aksaraylı (2003) özel bir hastanede yaptıkları araştırmada SERVQUAL ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını tek tek ölçmeyi sağladığını ve bu metodla hizmet kalitesini

ölçerek işletmelerin hizmet kalitesinin değerlendirilmesine olanak sunulduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada Diyarbakır GYEAH'nin boyutlar bazında, eşit ağırlıklı SERVQUAL skorlarının negatif (-) olduğu, ağırlıklı SERVQUAL skorlarının ise pozitif (+) olduğu saptanmıştır. SERVQUAL puanı = Algılama puanı (skor) - Beklenti puanı (skoru) olarak hesaplanıp, -4 ile +4 arasında değişen bir değer almaktadır. Puanın negatif (-) olmasından dolayı Diyarbakır GYEAH'nin boyutlar bazında hasta beklentilerini karşılayamadığı düşündürmekte ise de, ağırlıklı skorun pozitif olması ve sıfıra çok yakın bir değer alması nedeniyle hasta beklentilerinin kısmen de olsa karşılandığı söylenebilir.

Diyarbakır GYEAH'nde hizmet kalitesine ilişkin algının en yüksek (-1,308) olduğu hizmet kalitesi boyutu “fiziksel özellikler “ olarak belirlenmiştir. En düşük hizmet kalitesi boyutu ise (-1,520) ile “Empati” boyutu olmuştur. Hastane yönetiminin hastalar ile olan ilişkilerinde kendilerini hastaların yerine koyarak, hastaları anlama çabası içerisine girdiğini göstererek, onlara bireysel ilgi göstererek hasta memnuniyeti sağlamada avantaj yaratacağı göz önünde bulundurmalarının uygun olacağı söylenebilir.

Literatürde boyutlar bazında SERVQUAL skorlarının negatif (-) olduğunu belirten çalışmalar vardır. Lim ve Tang (2000) tarafından algılanan hizmet kalitesi Singapur'daki hastanelerde ölçülmüştür. SERVQUAL ölçeğinin kullanıldığı bu araştırmada kalite boyutlarının hiçbirinin hasta beklentilerini karşılayamadığı görülmüştür. Çelebi'nin (2015) “Sağlıkta Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti (Marmaris Devlet Hastanesi Örneği) adlı tez çalışmada boyutlar bazında SERVQUAL puanları negatif (-) çıkmıştır. SERVQUAL skorları her ne kadar negatif çıksa da sonuçlar sıfıra yakın olduğundan Marmaris Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların gösterilen ilgiden memnun oldukları sonucu çıkarılmıştır. Günel (2009) “Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Süleyman Demirel

Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği” adlı tez çalışmasında boyutlar bazında skorların negatif olduğunu tespit etmiştir.

Devebakan ve Aksaraylı’nın (2003) özel bir hastanede hizmet kalitesine yönelik yaptıkları çalışmada kalite boyutları bazında, eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorlarının negatif çıktığı, hasta beklentilerinin karşılanmadığı tespit edilmiştir. Torun’un (2009) “Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi” adlı tezinde SERVQUAL skorları, eşit ağırlıklı ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları negatif (-) bulunmuştur. Gürsoy’un (2013) yaptığı tez çalışmasında boyutlar bazında SERVQUAL skorlarının negatif çıktığı tespit edilmiştir. Mirza (2010) Eskişehir Kadın Doğum Hastanesi’nde yaptığı çalışmada boyutlar bazında SERVQUAL skorlarının negatif çıktığını belirlemiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2007) devlet ve özel sektör bankalarında yaptığı araştırmada özel sektörü tercih eden müşterilerin SERVQUAL skorlarının negatif çıktığı belirtilmiştir. Savaş ve Kesmez (2014) “Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma” adlı çalışmalarında aile sağlığı merkezlerinin hizmet kalitesi boyutları için hasta beklentileri ve algıları arasındaki fark negatif çıkmıştır. En az fark güvenilirlik boyutunda, en fazla fark ise fiziksel özellikler boyutunda olmuştur. Alınan bu sonuçlara göre aile sağlığı merkezlerine gelen hastaların beklentilerinin genellikle karşılanmadığı tespit edilmiştir. Baysal ve arkadaşlarının (2012) “Bir Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Servqual Metodu Yardımıyla Sağlık Hizmeti Alan Müşterilerin Beklentilerinin Analizi” adlı çalışmasında tıp fakültesinde ayakta hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyleri ölçümünde ağırlıklı SERVQUAL skorunun (-0,23) olduğu tespit edilmiştir.

“Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği” adlı çalışmanın sonuçlarına göre (Özatkan, 2008) hizmet kalitesi skorları negatif (-) çıkmıştır. Ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı değerlendirmesi sonucunda çalışma yaptığı İbni Sina Hastanesi’nin aldığı -0,171 puan ile hasta

beklentilerinin karşılanmadığı, bu nedenle hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu tespit edilmiştir. Boyutlar bazında incelendiğinde ise hizmet kalitesine yönelik beş boyuta ait kalite algısının negatif olduğu ve en düşük puanı -0,242 ile güvenilirliğin aldığı söylenmiştir. Bu sonucun hastane yönetimi ve çalışanlarının öncelikle üzerinde durması gerektiği konunun kurumun “güvenilirliği” olduğu dile getirilmiştir. Koraşlı (2008) “Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi” adlı çalışmasında hizmet kalitesi skorlarının en yüksek (-0,55) puan ile “Güven” ve “Empati” olduğu, en düşük ise (-0,79) puan ile “Fiziksel Özellikler” boyutu belirlenmiştir. Baysal ve arkadaşları (2012) “Bir Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Servqual Metodu Yardımıyla Sağlık Hizmeti Alan Müşterilerin Beklentilerinin Analizi” adlı çalışmasında tüm boyutlar negatif çıkmış olup en düşük boyut “Empati” bulunulmuştur.

Genel olarak negatif (-) sonuçlar çıksa da Diyarbakır GYEAH’ni tekrar tercih etme durumları değerlendirildiğinde katılımcıların %61,5’i “evet”, %17,2’si “hayır”, % 21,2’si ise “kararsızım” yanıtını vermiştir. Başkalarına tavsiye etme durumlarına bakıldığında ise; %56,5’i “evet”, %20’si “hayır”, %23,5’i ise kararsızım yanıtını vermiştir. Her boyutta farklı skorlar elde edildiğinden, bazı boyutlarda memnun olmayan hastaların beklentileri diğer boyutlarda karşılandığından genel anlamıyla hizmetten memnun kalmışlardır. Koraşlı’nın (2008) bir ağız diş sağlığı merkezinde hizmet kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada SERVQUAL skorları negatif çıkmıştır, fakat buna rağmen araştırmaya katılanların %72’sinin ihtiyaç olması dahilinde tekrar bu merkezi tercih edeceği, %83’ünün ise başkalarına tavsiye edeceği belirtilmiştir.

Çalışmada Diyarbakır GYEAH hizmetlerine ilişkin en yüksek beklenti düzeyi “güvenilirlik”, en düşük beklenti düzeyinin ise “empati” boyutu olduğu görülmüştür. En yüksek beklenti düzeyinin “güvenilirlik” boyutunda olmasının nedeni, hastanenin verdiği hizmetleri söz verdiği zamanda gerçekleştirmesi olup, hastaların zaman konusunda sıkıntı çekmemesi olduğu düşünülmektedir. Hastaların söz verilen zaman diliminde gerekli işlemlerinin halledilmesi, güvenilirlik boyutunun yüksek çıkmasına

neden olduğu düşünölmektedir. En düşük beklenti düzeyinin “empati” olarak çıkması, hastaların en düşük beklenti puanı verdiği 18. ve 19. maddeler incelendiğinde sağlık çalışanlarının kendilerini hastaların yerine yeterince koymadığı, duyarlı olmamaları, hastaların motivasyonlarını yüksek tutmadığı ve hasta beklentilerinin karşılanmadığı düşünölmektedir.

Diyarbakır GYEAH’nin sunmuş olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algısı “Empati” kalite boyutunda yer alan 22. ifade olan “bu hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman dilimindedir”, en düşük hasta algısı ise yine “Empati” boyutunda yer alan “bu hastanede çalışanlar hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutarlar” ile 20. ifadede gerçekteleşmiştir. En yüksek ve en düşük hasta algı düzeyinin “Empati” boyutunda çıkması hastaların bu boyuta büyük bir önem verdiğini göstermektedir. Empati boyutunun düşük olması hastane çalışanlarının hastalara yeterli ilgiyi göstermediği, hastaların ihtiyaçlarına gerekli önemi vermedikleri söylenebilir. Hastane çalışanlarının kendilerini hastaların yerine koyarak heveslilikle hizmet vermeleri hasta memnuniyeti açısından pozitif bir etki yaratacağı söylenebilir.

Demirer ve Bülbül (2014) kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi üzerine yaptıkları bir araştırmaya göre özel hastanelerin sunmuş olduğu hizmete yönelik hasta algısının en yüksek “Empati” boyutunda olduğunu tespit ederek, hastane yöneticilerine ve sahiplerine empati boyutuna odaklanılarak daha iyi bir hizmet verilebileceği önerilmiştir.

Anketin son bölümünde yer alan hastaların beş SERVQUAL boyutuna 100 puan üzerinden verdikleri puanlar değerlendirildiğinde, hastaların en önemli buldukları boyutun % 31,75 ile “Fiziksel Özellikler” boyutu tespit edilmiştir. Fiziksel özellikler boyutunu sırasıyla güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutu bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğu tarafından en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutu “Empati” olarak belirlenmiştir. Hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığu anlamına gelen “Empati” boyutu anketin algılar bölümünde ilk sırayı

almışken anketin son bölümünde önem derecelerine göre 100 puan üzerinden değerlendirilmesi istendiğinde en düşük puanı alan boyut olarak değerlendirilmiştir.

Fiziksel özellikler boyutu, hastane hizmet binası, oda ve salonları, fiziksel donanımı, personel ve malzemelerin görünümü şeklinde ifade edilebilir. Fiziksel özellikler boyutu hastalar tarafından 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde, 400 hastanın verdiği puanların yüzdesine bakıldığında, en fazla puanı aldığı göz önüne alınırsa hastaların hastanenin dış görünüşüne, ışıklandırmasına, dekoruna, modern olmasına, personelin dış görünümüne, kullanılan malzemelerin görünüşüne dikkat ettiği görülmektedir. Hastaların fiziksel özellikler boyutuna verdiği puan göz önüne alındığında hastane yönetiminin hastanenin fiziki özellikler bölümüne daima gerekli özeni gösterip var olan eksiklerin tamamlanmasının, hizmet kalitesinin artırılmasında avantaj sağlayacağı söylenebilir.

Harput (2014) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan 74 hastanın 100 puanı boyutlara dağıtması sonucunda en önemli boyutun %21,35 puan ile “Fiziksel Özellikler” boyutu olduğu sonucuna varmıştır. Torun (2009) “Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi” adlı tezinde hastaların 100 puan üzerinden boyutlara verdikleri puanlar değerlendirildiğinde, en düşük boyutun %12,44 puan ile “hastanelerin hastalarına kişisel ilgi ve duyarlılığı” önermesinin olduğu “Empati” boyutu olduğunu tespit etmiştir. Yalkın (2010) sağlık hizmetlerinde kalitenin SERVQUAL metodu ile ölçülmesine yönelik yaptığı çalışmada her bir kalite boyutuna verilen puanlar değerlendirildiğinde en düşük puanın %12,6 ile “Empati” boyutu olduğunu tespit etmiştir. Koraşlı (2008) “Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi” adlı çalışmasında Topraklık ADSM’nde en az önemli bulunduğu boyutun %8 puan ile “Empati” olduğunu saptamıştır. Çiçek ve Doğan (2009) hem özel hem kamuda müşterinin ihtiyaçlarını anlamaya yönelik çaba sarf etmede, ihtiyaçlarını öğrenmede, bireysel ilgi göstermede, müşterilerinin farkında olmada, müşteri beklentilerini içerisine alan “Empati” boyutunun diğer boyutlara kıyasla üzerinde en fazla durulması gereken boyut olduğunu belirtilmiştir.

Hastaların Diyarbakır GYEAH'ni gelecekte tekrar tercih edip etmemesi durumuna göre farklar saptanmıştır. Bu farkın, “evet” cevabı verenlerin SERVQUAL skorlarının “hayır” ve “kararsızım” cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır. “Evet” cevabını verenlerin SERVQUAL skorları, “hayır” ve “kararsızım” cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarından yüksek bulunmuştur. Koraşlı (2008) “Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi” adlı çalışmasında hastaneyi tekrar tercih etme durumuna göre SERVQUAL skorlarında farklar bulunmuştur.

Hastaların hizmet aldıkları Diyarbakır GYEAH'ni başka kişilere tavsiye etme durumuna göre her bir boyut için SERVQUAL skorları bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın, araştırma grubunun “evet” cevabını verenlerin SERVQUAL skorları ile “hayır” ve “kararsızım” yanıtını verenlerin SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır. “Evet” cevabını verenlerin SERVQUAL skorları, “hayır” ve “kararsızım” cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarından yüksek bulunmuştur. Hastanenin tavsiye edilmesi hastane yönetiminin memnun edecektir. Tüm boyutlarda farklılık olduğu, hayır ve kararsızım yanıtını verenlerin SERVQUAL skorunun düşük olduğu tespit edildiğinden, hastane yönetiminin bu beş boyut içerisinde yer alan maddeleri gözden geçirip hastane için gerekli düzenlemelerin yapılması, hastalar tarafından hastanenin başkalarına tavsiye etme oranını arttıracığı söylenebilir.

Araştırmaya katılanların cinsiyet durumuna göre hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorları incelendiğinde, erkek ve kadın hastaların SERVQUAL skorları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Devebakan ve Aksaraylı'nın (2003) özel hastanede hizmet kalitesine yönelik yaptıkları çalışmada, cinsiyet değişkenine göre SERVQUAL skorları açısından erkek ve kadın hastalar arasında herhangi bir farklılığa rastlanılmadığı tespit edilmiştir.

Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılanların en küçüğü 18, en büyüğü 87 yaşındadır. Farklı yaş gruplarında bulunan hastaların hizmet kalitesine ilişkin algıları

arasında önemli bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir, ancak 51 ve üstü yaş grubunun SERVQUAL skorları 18-30 ve 31-50 yaş gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır. Yaş grubu yüksek olan hastaların beklentilerinin yüksek olmadığı düşünülebilir. Mohammad (2007) “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama” başlıklı çalışmada yaş durumuna göre SERVQUAL skorlarında “Güvenirlilik”, “Heveslilik”, “Güven”, “Empati” boyutlarında farklılığa rastlanılmıştır. Taşdemir ve Hayran (2001) “Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmalarında, 55 yaşından büyük olanların 16-25 yaş grubuna göre memnun olma olasılığını 2.88 kat artırdığını belirtmişlerdir.

Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılanların medeni durumuna göre hizmet kalitesi incelendiğinde, SERVQUAL skorları arasında önemli bir farklılığa rastlanılmamıştır. Devecan ve Aksaraylı’nın (2003) özel hastanede hizmet kalitesine yönelik yaptıkları çalışmada, medeni durum açısından SERVQUAL skorları bakımından evli ve bekar hastalar arasında herhangi bir farklılığa rastlanmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların meslek durumlarına göre hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorları incelendiğinde, SERVQUAL skorları arasında herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır.

Öğrenim durumları açısından incelendiğinde SERVQUAL skorları arasında farklılığa rastlanılmıştır. Bu farklılığın “Fiziki Özellikler” ve “Güvenirlilik” ve “Empati” boyutlarında olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın okur yazar olmayana verilen cevapların SERVQUAL skorları ile ilköğretim, lise ve dengi, yüksekokul/fakülteye verilen cevapların SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Okuryazar olmayanların verdikleri cevabın SERVQUAL skorları, ilköğretim, lise ve dengi, yüksekokul/fakülte cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarından yüksek çıktığı saptanmıştır. “Heveslilik” ve

“Güven” boyutlarında farklı eğitim düzeylerinde bulunan hastaların SERVQUAL skorlarında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Okuryazar olmayanların ilköğretim, lise ve dengi ve yüksekokul/fakülte düzeyinde eğitim alanlara göre, eğitim ve bilginin daha az olması nedeniyle, hizmet alınan kurumdan beklentilerinin daha düşük olması, hizmet aldıkları sağlık hizmetleri kurumundan yasal olarak sahip oldukları hakları bilmemelerinden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Torun’un (2009) “Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği ile Değerlendirilmesi” adlı tez çalışmasına göre, “Fiziksel Özellikler” boyutunda okuma yazma bilmeyenlerle, okuryazar olanların SERVQUAL skorlarının, lise ve üstü okul mezunlarının SERVQUAL skorlarından daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Demir ve arkadaşları (2009) Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaptıkları çalışmada yükseköğrenim mezunlarının hizmet kalitesi düzeylerinin lise, ortaokul, ilkokul ve okuma yazma bilmeyenlere kıyasla daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir.

Farklı yerlerde ikamet etmekte olan hastaların hizmet kalitesini algılamaları incelendiğinde, SERVQUAL skorları arasında önemli bir farklılığa rastlanılmamıştır. Araştırma yapılırken araştırmaya katılanlardan alınan bilgilere göre şehir dışından az sayıda hasta gelmesinin çevre illerin sağlık hizmetlerinin yeterli olduğu ve veremeyecekleri hizmetler doğrultusunda sevk yoluyla Diyarbakır GYEAH’ne yönlendirildiği düşünülmektedir.

Farklı gelir düzeylerine sahip hastaların hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorları incelendiğinde, önemli bir farklılığa rastlanılmamıştır. Bunun nedeni olarak gelirleri yüksek olan hastaların kamu hastanesine geldikleri bilinciyle beklentilerini düşük tutması ve algıladıkları hizmet kalitesinin düşük gelirli hastalar ile aralarında bir fark oluşturmadığı düşünülebilir.

Gelir durumları açısından fark olmamasına rağmen, 999TL ve altı gelire sahip hastaların SERVQUAL skorlarının 1000-1999TL ile 2000TL ve üstü gelire sahip

olan hastaların SERVQUAL skorlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani düşük gelirli hastaların yüksek gelirli hastalara göre hizmet kalitesi düzeyi daha yüksektir. Devedbakan ve Aksaraylı'nın (2003) özel hastanede hizmet kalitesine yönelik yaptıkları çalışmada, 500TL ve üzeri gelire sahip hastaların hizmet kalitesi düzeylerinin, 200-400TL gelir düzeylerine sahip hastaların hizmet kalitesi düzeylerinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Esatoğlu'nun (1997) "Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi" adlı tez çalışmasında gelir düzeyi düşük olan hastaların değerlendirmelerinin daha olumlu çıktığı ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılanların sosyal güvence durumları incelendiğinde, farklı sosyal güvenceye sahip olma açısından hastalara verilen hizmetin kalitesine ilişkin SERVQUAL skorları arasında önemli bir farkın olmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların sahip olduğu sosyal güvence ve gelir durumuna bakıldığında Diyarbakır GYEAH'nin kamu hastanesi olduğundan tercih edildiği düşünülebilir. Apay ve Aslan (2009) yatan hastaların tatmin olma düzeylerine yönelik yaptıkları bir çalışmada sosyal güvencenin hizmet kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların herhangi bir sağlık kuruluşuna uğrama sıklığı incelendiğinde, SERVQUAL skorlarında herhangi bir farklılığa rastlanılmamıştır. Hastaların büyük bir çoğunluğunun herhangi bir sağlık kuruluşuna uğrama sıklığı, yılda birkaç kez veya birkaç yılda birdir. Bu durumda hastaların sağlık kuruluşlarını fazla kullanmadığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılanların geliş şekline göre hastaların sunulan hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorları ortalaması arasında önemli bir farklılığa rastlanılmamıştır. Başka kurumdan sevk edilenlerin SERVQUAL skorlarının, doğrudan hastaneye başvuran ve yakını tarafından getirilen hastaların SERVQUAL skorları ortalamasından düşük bulunmuştur. Bunun nedeni hastaneye doğrudan başvuran hastanın kendi hür iradesiyle geldiği, başka kurumdan sevk edilen hastanın ise kendi isteği dışında Diyarbakır GYEAH'ne yönlendirildiği düşünülebilir.

Araştırmaya katılanların hastaneye geliş nedenleri incelendiğinde, hastaların sunulan hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorları arasında önemli bir farklılığa rastlanılmamıştır. Hastaların SERVQUAL skor ortalamaları incelendiğinde, yatış için gelen hastaların SERVQUAL skorlarının, muayene/kontrol, kronik hastalık kontrolü, tetkik/tahlil, tıbbi müdahale, sevk, diğer (adli vaka, sağlık kurulu raporu için) için gelen hastaların SERVQUAL ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Yatış için gelen hastaların, hastane hakkında bilgiye sahip oldukları veya doktorunun önerisi ile geldiği düşünülebilir.

Araştırmaya katılanların hastaneyi tercih nedenlerine göre SERVQUAL skorları incelendiğinde, SERVQUAL skorları arasında önemli bir farklılığa rastlanılmamıştır. Ağırlıklandırılmış SERVQUAL ortalamaları incelendiğinde, teknolojik yenilik/tanıtım reklam ve hekimlerin bilinirliği cevabını verenlerin SERVQUAL skor ortalaması diğer seçeneklerin SERVQUAL ortalamalarından düşük bulunulmuştur. Bunun nedeni, Diyarbakır GYEAH'nin kamu hastanesi olmasından ötürü tanıtıma önem vermemesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir

Araştırmaya katılan hastaların başvurunun ekonomik nedeni incelendiğinde, SERVQUAL skorlarında herhangi bir farklılığa rastlanılmamıştır. Araştırmaya katılan hastaların gelir durumları da göz önüne alınarak başvurunun ekonomik nedenleri incelendiğinde, Diyarbakır GYEAH'nin kamu hastanesi olması en büyük faktör olarak düşünülmektedir. Ağırlıklandırılmış SERVQUAL ortalamaları incelendiğinde, en düşük SERVQUAL skorunun teknik kapasiteden başka hastaneye yönlendirilmeme cevabını verenler olduğu tespit edilmiştir. Ağırlıklandırılmış SERVQUAL ortalamasında en yüksek skorun zaman ve fiyat konusunda avantaj sağlaması cevabını verenler olduğu saptanmıştır. Diyarbakır GYEAH'nin poliklinik ve hekim sayısının fazla olması nedeniyle hastaneye gelen hastaların zaman konusunda sıkıntı çekmemesi, ayrıca kamu hastanesi olması nedeniyle fiyat konusunda avantajlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyarbakır GYEAH’nde yapılan bu araştırmada hizmet kalitesi ölçülmüştür. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Diyarbakır GYEAH’nde ilk olan bu çalışmanın, yönetim ve kalite politikaları açısından yararlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada beklentilerin algılardan yüksek çıktığı, hastanenin verdiği hizmetin hasta beklentilerini karşılamadığı, fakat katılımcıların çoğunun hastaneyi tekrar tercih eder misiniz sorusuna “evet” cevabı verdiği tespit edilmiştir.

- Araştırmada Diyarbakır GYEAH’nin boyutlar bazında ve eşit ağırlıklı SERVQUAL skorlarının negatif,, ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorunun ise pozitif çıktığı tespit edilmiştir. Ağırlıklandırılmış SERVQUAL skoru sıfıra yakın olduğundan hasta beklentilerinin karşılandığı söylenebilir.
- Diyarbakır GYEAH’nde hizmet kalitesine yönelik algının en yüksek (-1,308) puan ile fiziksel özellikler, en düşük (-1,520) puan ile empati boyutu olduğu tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’ni tekrar tercih etme durumunda hastaların, %61,5’nin tekrar tercih edeceği sonucuna varılmıştır.
- Diyarbakır GYEAH’ni tavsiye etme durumunda hastaların %56,5’inin tavsiye edeceği sonucuna varılmıştır.
- Diyarbakır GYEAH’ni tekrar tercih edip etmeme durumunda SERVQUAL skorlarında farklar olduğu belirlenmiştir. Bu farkın, “evet” cevabı verenlerin SERVQUAL skorlarının, “hayır” ve “kararsızım” cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’ni tavsiye edip etmeme durumunda SERVQUAL skorlarında farklar belirlenmiştir. Bu farklılığın “evet” cevabını verenlerle “hayır” ve “kararsızım” cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

- Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların %61,8’i erkek, %38,2’si ise kadındır. Erkek ve kadın hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların en küçüğü 18, en büyüğü 87 yaşındadır. Farklı yaş gruplarındaki hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların %49’u bekar, %51’i ise evlidir. Medeni duruma göre hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların meslek gruplarında herhangi bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları açısından SERVQUAL skorlarında farklar olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık, fiziksel özellikler, güvenilirlik ve empati boyutunda tespit edilmiştir. SERVQUAL skorlarındaki farklılıkların nedeninin ise öğrenim seviyesi düşük olanların verdiği cevaplardan kaynaklandığı saptanmıştır.
- Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların %78,5’i şehir merkezinde %9,5’i ilçe merkezinde, %8’i köylerde ve %4’ü il dışında ikamet etmektedir. İkamet durumuna göre araştırmaya katılan hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında herhangi bir farklılığa rastlanılmadığı tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların gelir düzeylerinin genellikle düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmaya katılan 400 hastanın % 53,2’si 1000TL’nin altında gelire sahip kişiler olduğu saptanmıştır. Gelir düzeylerine göre hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH’de araştırmaya katılan hastaların %67’sinin GSS’li, %24,3’nün yeşil kartlı, %7’sinin güvencesinin olmadığı, %1,8’inin ise özel sigortalı olduğu sonucuna varılmıştır. Diyarbakır GYEAH’nde araştırmaya katılan hastaların sosyal güvence durumları bakımından SERVQUAL skorlarında herhangi bir farklılığa rastlanılmamıştır.

- Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılanların bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığına göre SERVQUAL skorlarında önemli bir farklılığa rastlanılmamıştır.
- Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılan hastaların hastaneye geliş şekilleri incelendiğinde %79,8'inin doğrudan hastaneye başvurma, %13'nün yakını tarafından getirilme, %7,2'sinin başka bir kurum tarafından sevk edildiği sonucuna varılmıştır. Hastaların hastaneye geliş şekillerine göre hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorlarında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır.
- Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılan hastaların hastaneye geliş nedenleri incelendiğinde, %77,0'ının muayene,kontrol/kronik hastalık kontrolü için geldiği sonucuna varılmıştır. Hastaların geliş nedenlerine göre hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorlarında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
- Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılanların hastaneyi tercih nedenleri incelendiğinde, %62,3'ünün kamu hastanesi olmasından, %7,3'ünün çevre tavsiyesinden, %7,5'inin doktor tavsiyesinden, %4,5'inin hekimlerin bilinirliğinden, %2,8'sinin teknolojik yenilikten/tanıtım reklamdan, %4,7'inin güven duymasından, %6,7'sinin yakın oluşundan, %4,2'sinin fiyat uygunluğundan dolayı tercih ettiği tespit edilmiştir. Tercih nedenlerine göre SERVQUAL skorlarında herhangi bir farklılığa rastlanılmamıştır.
- Diyarbakır GYEAH'nde araştırmaya katılan hastaların hastaneye başvurusunun ekonomik nedenleri incelendiğinde, hizmet kalitesine yönelik algılarında önemli bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Diyarbakır GYEAH’nde SERVQUAL ölçeği ile beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesiyle ortaya çıkan sonuçlara göre öneriler şunlardır:

- Hastaların, hastaneyi “tekrar tercih eder misiniz” sorusuna “hayır” cevabını verme nedenlerinden etkili olan kriterlerinden biri hastane civarında konaklayacakları, dinlenebilecekleri, yeme içme vb. gibi ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri mekanların sınırlı olmasıdır. Hastanenin karşısındaki kafeteryanın ürünlerini pahalı satması, kalitesiz yemekler sunması hastalar tarafından şikayetle dile getirilmiştir. Hastane yönetiminin hasta ve yakınlarının rahatlıkla oturup yeme içme ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri ve uygun fiyattan ürünlerini satan kafe ve benzeri mekanlar açması bir çözüm olarak önerilebilir. Eğer hastane yönetimi bunu yapamıyorsa, özel sektöre devri de düşünülebilir. Hasta ve yakınlarının mağdur olmaması için bu konuyla ilgili bir çözüm yoluna gidilmesi gerekmektedir.
- Kalite boyutları açısından en düşük boyut empati boyutu çıkmıştır. Empati boyutunun düşük çıkması; çalışanların aşırı iş yükünden kaynaklı yorgun olmasından, çalışma ortamının memnuniyetsizliğinden, yoğun tempoda çalışmasından kaynaklanabilir. Hastane yönetiminin kısa aralıklarla personeliyle toplantı yapması, var olan sorunları belirleyip çözmesi, çalışanlarının memnuniyeti için birebir ilgilenmesi gerekmektedir. Personel işinden memnunsu bu memnuniyetini hastaya da yansıtacaktır ve gelen hastaların da personelin ilgisinden memnun kalıp hastaneden iyi bir izlenimle ayrılacağı düşünülmektedir.
- Hastaneye başvuran hastaların %7,2’sinin okuma yazma bilmediği tespit edilmiştir. SERVQUAL skorları incelendiğinde, okuryazar olmayanların SERVQUAL skorlarının ilköğretim, lise ve dengi, yüksekokul/fakülte eğitimini alanlara kıyasla yüksek bulunmuştur. Bu durumun hizmet çeşitliliği hakkında bilgilerinin yetersizliğinden ya da beklentilerinin az olmasından kaynaklanabileceği düşünüldüğünden, herkesin algılayabileceği şekilde yön tabelaları, tanıtıcı panolar ve hastanenin hizmet içeriklerini takip edebileceği broşürler oluşturulabilir.

- Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%53,2) asgari ücret ve altında bir gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastane yönetimi gelir grubu yüksek olan kitleyi hastaneye çekebilmek için birtakım çalışmalar yapabilir.
- Tüm kurum çalışanlarına kalite ile ilgili eğitim ve seminerler verilerek hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.
- Hastanede düzenli aralıklarla hasta ve çalışanların algılarını ölçmeye yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir.



ÖZET

Sağlıkta Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Uygulaması

Araştırmanın amacı, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GYEAH)'nin poliklinik hizmetlerinden yararlanan hastaların, hastane hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile olan ilişkisini incelemektir. Araştırmada ayrıca, hasta bakış açısıyla en önemli ve en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarının belirlenmesi de amaçlanmaktadır.

Araştırmanın evrenini 09 – 31 Mart 2015 tarihleri arasında Diyarbakır GYEAH polikliniklerine başvuran hasta bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada hastalara toplam 445 anket dağıtılmış olup, 400 anket eksiksiz şekilde değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların %61,8'i erkek, %38,2'si kadındır. Erkek ve kadın hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Medeni durumu için de fark olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların öğrenim durumunda ise farklılıklar tespit edilmiştir bu farklılığın nedeninin öğrenim seviyesinin düşük olanların verdiği cevaplardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Hastaların gelir düzeyleri, sahip olduğu sosyal güvence, ikamet ettiği yerleşim yeri, hastaneye geliş şekilleri, hastaneye geliş nedenleri, tercih nedenleri, hastaneye başvurusunun ekonomik nedeni, bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı incelendiğinde hizmet kalitesinin algılanmasında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir.

Hastaların hastaneyi tekrar tercih etme yanıtlarında farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farkın, “evet” cevabı verenlerin SERVQUAL skorlarının, “hayır” ve “kararsızım” cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Tavsiye etme durumunda da farklar belirlenmiştir. Bu farkın ise “evet” cevabı verenlerin SERVQUAL skorlarının, “hayır” ve “kararsızım” cevabını verenlerin SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Diyarbakır GYEAH’nin boyutlar bazında ve eşit ağırlıklı SERVQUAL skorlarının negatif çıktığı, ağırlıklı SERVQUAL skorunun ise pozitif çıktığı saptanmıştır. Ağırlıklı SERVQUAL skorun pozitif olması ve sifıra çok yakın bir değer olması nedeniyle hasta beklentilerinin karşılandığı saptanmıştır. Ayrıca araştırma grubunun hastaneyi tekrar tercih etme ve tavsiye etme durumlarına yönelik verdikleri “evet” cevaplarının sayısal olarak fazla olması nedeniyle hastaların hastaneden memnun kaldıkları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Algılanan Hizmet, SERVQUAL, Hizmet Kalitesi

SUMMARY

Evaluation of the Service Quality in Health: An Application at a Training Research Hospital.

The aim of the research is to measure the expected and perceived service quality at the training and research hospital of Diyarbakır Gazi Yaşargil. The aim is to measure the perceived level of the service provided by the hospital to the patients, determining the differences between expected service of ideal hospitals and perceived services of the benefited hospital.

The population of research consists of patients, who applied between the dates of 09-31 March 2015 to polyclinics of the Training and Research Hospital Diyarbakır Gazi Yaşargil. 445 surveys are distributed to the patients in this research and 400 surveys are precisely gathered and subjected to evaluation.

% 61,8 of participants are male and % 38,2 of patients are female, who joined this research. There is no difference between perception of male and female patients for service quality. There is no difference for the marital status, too. However, there are differences for the educational background. It is determined that the reason of this discrepancy is based on the answers of patients whose educational background is lower.

Any difference is not determined for perceiving service quality, when level of income, social security, settlement, reasons for preferring, transportation and reasons for applying to the hospital, frequency of applying to a healthcare organisation of the patients are analyzed.

It is determined that there is difference in answers when these patients asked whether he/she would prefer the hospital again. This difference is originated in the differences of scores of SERVQUAL “yes” and “no” or “neutral” answers. It is also determined that there are differences about advising hospital to other patients. This difference have its source in the answers saying “yes” and “no” or “neutral” according to SERVQUAL scores.

It is determined that the equiponderant SERVQUAL results are negative and weighted SERVQUAL results are positive in GYEAH. The positive and near-zero value of SERVQUAL score indicates that the expectations of patients are met by Training and Research Hospital of Diyarbakır GYEAH. Quantitatively outnumbering answers “yes” for the question of preferring the hospital again and advicing the hospital to the other patients and this indicates that the patients are pleased with the Training and Research Hospital of Diyarbakır Gazi Yaşargil.

Keywords: Quality in Health Care, Perceived Service, SERVQUAL, Service Quality

KAYNAKLAR

- AKALIN HE (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Temel Kavramlar, Sorunlar ve Çözüm Yolları. Erişim Adresi: [http://www.saglik_ekonomisi.com/sed/index.php/online-makaleler/159-saglik-hizmetlerinde-kalite-temel-kavramlar-sorunlar-ve-coezuem-yollar], Erişim Tarihi: 23/11/2015.
- AKDUR R (1998). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler, Halk Sağlığı, Ankara: Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- ALTAN Ş, ATAN M, EDİZ A (2003). Servqual Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama, 12.Ulusal Kalite Kongresi. İstanbul: Kalder.
- ANDEL C, DAVIDOW SL, HOLLANDER M, MORENO DA (2012). The Economics of Health Care Quality and Medical Errors. *Health Care Finance*, **39(1)**: 39-50.
- APAY SE, ARSLAN S (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TAF Prev. Med. Bull.*, **8(3)**: 239-244.
- ARIKBOĞA FŞ (2003). Yüksek Öğrenimde Toplam Kalite Yönetimi ve Bir Araştırma. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, **53(2)**: 58-62.
- AYDIN K. (2005). Sosyal Siyaset Konferansları, 50. Kitap. İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4599, İktisat Fakültesi Yayın No: 592.
- ASLANTEKİN F, GÖKTAŞ B, ULUŞEN M, ERDEM R (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(6)**: 56-71.
- AUSTIN MJ (1990). Planning in the Service Organization. *Sam Advanced Management Journal*, **2(1)** : 7-12.
- AVCI T, NADİRİ H (2000).Comparison of Service Quality Expectations and Business Administration. First International Joint Symposium on Business Administration -

Challenges for Business Administrators in The New Millennium. Çanakkale Onsekiz Mart University, 1-3 June, Çanakkale.

BABAKUS E, MANGOLD WG (1992). Adapting the Servqual Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, **26(6)**: 767-786.

BARUTÇU S (2008). Hizmette Kalite ve Toplam Hizmet Kalitesi Yönetimi. Güncel Yönetim ve Organizasyon Yaklaşımları, Editörler: A. Özyılmaz ve F. Ölçer, Seçkin Yayıncılık. 101-126.

BAYSAL ME, SARUCAN A, AVCI EO (2012). Bir Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Servqual Metodu Yardımıyla Sağlık Hizmeti Alan Müşterilerin Beklentilerinin Analizi. *Selçuk Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, **27(2)**: 38-46

BEARDEN W O, JESSE ET (1983). Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports. *American Marketing Association*, **20(1)**: 21-28.

BERKOWITZ EN (1996). Essentials of Health Care Marketing, Gaithersburg: Maryland Apsen Publisher.

BOZKURT R (1998). Toplam Kalite Uygulamasında Performans Ölçümü. Önce Kalite Dergisi, Haziran -Temmuz Yıl 6, Sayı 26, İstanbul: Kalder Yayını.

BUMİN B, ERKUTLU H (2002). Toplam Kalite Yönetimi ve Kıyaslama İlişkileri Politikaları. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, **4(1)**: 83-100.

BUTTLE F (1996). Servqual: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, **30(1)**: 8-32.

BÜYÜKSES Y (2012). 1980 Sonrası Türkiye'deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

CARMAN MJ (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the Servqual Dimensions. *Journal of Retailing*, **66(1)**: 35-55.

CHURCHILL GA, CAROL S (1982). An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, **19(4)**: 491-504.

CROSBY PB (1979). Quality is Free. New York, McGraw-Hill.

ÇATALCA H (2003). Sağlık Hizmetlerinde TKY. İstanbul: Kalder Yayınları.

- ÇELEBİ M (2015). Sağlıkta Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti (Marmaris Devlet Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÇETİN K (2005). Eğitimde Kalite Ödülü El Kitabı. Ankara
- ÇİÇEK R, DOĞAN İC (2009). Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, **XI(1)**: 199-217.
- ÇORUH M (1994). Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerekçeler ve Güçlükler. Sağlık Sektöründe TKY'nin Yeri. Ed. M. Çoruh. Haberal Eğitim Vakfı, Yeni Farsa Matbacılık, Ankara
- DEMİR T, AÇIK Y, KAYA MK, DEVECİ SE, PİRİNÇÇİ E, YILDIRIM B, OĞUZÖNCÜL AF, OZAN AT (2009). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na Poliklinik ya da Klinik Hizmeti Almak İçin Başvuran Hastaların Sunulan Hizmetten Memnuniyet Düzeyleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, **23(3)**: 119-124.
- DEMİRER Ö, BÜLBÜL H (2014). Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdare Dergisi*, **47(2)**: 95-119.
- DEVEBAKAN N, AKSARAYLI M (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **5(1)**: 38-54.
- DEVEBAKAN N (2001). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DEVEBAKAN N (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **8(1)**: 120-149.
- DİKMEN FC, YILDIRIM S, BAKKAL S, (2014). Investigating Functional Health Service Quality In A Private Hospital (An Implementation in Kocaeli). *International Journal of Social Science*, **27**: 423-435.
- DONABEDIAN A (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care, Oxford: Oxford University Press.

- DOUGLAS HK, BATESON JEG (1997). Essentials of Services Marketing. USA: The Dryden Press.
- EDGETT S, PARKINSON S (1993). Marketing for Service Industries-A Review, *The Service Industries Journal*, **13(3)**: 24-38.
- EGGLI Y, HALFON P (2003). A Conceptual Framework for Hospital Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **16(1)**: 23-36.
- ENGİZ O (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. Erişim Adresi:[<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>]. Erişim tarihi: 12/08/2015.
- ERDEM Ş (2007). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ERDİL O, BAYDAR M (2007). Ürün Özelliklerinin Seçimi: İleri Teknoloji Ürün Pazarında Tüketici İhtiyaçları ve Üretici Kalite Geliştirme Harcamalarının Eşzamanlı Optimizasyonu. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* **3(5)**: 21-35.
- ERKUT H (1995). Hizmet Yönetimi, Toplam Kalite Yönetimi Dizisi. İstanbul.: İnterbank
- ERSEN H (1997). Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Verimli ve Etkin Olmanın Yolu. Sim Matbaacılık, 2. Basım, Ankara.
- ERSÖZ S, PINARBAŞI M, KÜRŞAD TA, YÜZÜKIRMIZI M (2009). Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması. *Int. J. Eng. Research & Development*, **1(1)**: 19-27.
- ESATOĞLU AE (1997). Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- FITZSIMMONS JA, FITZSIMMONS MJ (1999). Service Management for Competitive Advantage. McGraw-Hill International Editions.
- GEDİKLİ C (1998). Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- GENCEL U (2001). Yüksek Öğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **3(3)**: 164-218.
- GÖDEK S (2001). Bürokratik Örgütün, Öğrenen Organizasyona Dönüşüm Sürecinde Liderliğin Rolü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- GÖKDERE Z (2001). Banka İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- GRÖNROOS C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, **18(4)**:36-44.
- GÜNAL Ö (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- GÜRSOY A (2013). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- HALİS M (2000). Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri. İstanbul: ISO 9000-2 Kalite Belgesi Çalışması. Beta Basım Dağıtım A.Ş.
- HARPUT S (2014). Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- HEADLEY DE, MILLER S (1993). Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior. *Journal of Health Care Marketing*, **13(4)**: 32-42.
- HOYLE D (2007). Quality Management Essentials, Butterworth-Heinemann, Jordan Hill.
- İŞİK O (2005). Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde Çalışan Doktorların Hastanenin Kalitesi Hakkındaki Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- JOHN J (1992). Patient Satisfaction: The Impact of Past Experience. *Journal of Health Care Marketing*, **12(3)**: 56-64

JCI (2016). The Joint Commission International. Erişim Adresi: https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx. Erişim Tarihi: 06.06.2016.

KAMU MALİ YÖNETİMİ (2016). Erişim Adresi: <http://www.kamumaliyonetimi.org/haberler/saglik-bakanligi-kamu-ve-ozel-hastanelerde-kalite-degerlendirmesi-yapmak-uzere-kalite-degerlendiricileri-gorevlendirecek.html/>. Erişim Tarihi: 06.06.2016

KARABULUT F (2009). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Ana Bilim Dalı İzmir.

KARAHAN K (2000). Hizmet Pazarlaması, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

KAVUNCUBAŞI Ş (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

KAYA S (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Ankara: Pelikan Yayınevi.

KAYA S, TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M, YILMAZ A (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Editör: Sıdika Kaya. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821.

KAYGIN N (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

KİBAR E (2014). Kalite ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları (Kocaeli Seka devlet Hastanesi örneği) yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü

KORAŞLI D (2008). Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

KOTLER P (2000). Kotler ve Pazarlama. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

KOVANCI A (2003). Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

KUZU A (2010). Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: SERVQUAL Uygulaması. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- LAM SSK (1997). SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients' Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong, *Total Quality Management*, **8(4)**: 145-152.
- LEHTINEN UJ, LEHTINEN R (1982). Service Quality: A Study of Quality Dimensions" unpublished working paper, Helsinki: Service Management Institute, Finland OY.
- LIM PC, TANG NKH (2000). A Study Of Patients' Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **13(7)**: 290-299.
- LOVELOCK C, GUMMESSON E (2004). Whither Service Marketing? In Search of a New Paradigm and Fresh Perspective. *Journal of Service Research*, **7(1)**: 20-41.
- MCDUGALL GHG, SNETSINGER DW (1990). The Intangibility of Services: Measurement and Competitive Perspectives. *Journal of Service Marketing*, **4(4)**: 27-40.
- MİRZA M (2010). Hastanelerde Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Analizi ile Ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- MITRA A (1998). Fundamentals of Quality Control and Improvement, Second Edition, New Jersey. p.: 2.
- MOHAMMAD TG (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- MUCUK İ (1994). Pazarlama İlkeleri. İstanbul: Der Yayınları.
- MUCUK, I., (2001). Pazarlama İlkeleri. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- ÖZATKAN Y (2008). Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği . Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÖZGEN H (1995). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi*. Hastaneler Özel Sayısı. Türk Tabipler Birliği Yayını **10**: 69-70.

- ÖZTÜRK MM (2002). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Pilot Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÖZTÜRK SA (2007). Hizmet Pazarlaması, Eskişehir: T.C.Anadolu Üniversitesi Yayınları
Yayın No: 1778.
- ÖZTÜRK SA (2011). Hizmet Pazarlaması. Bursa: Ekin Kitabevi, 11. Baskı.
- PAKDİL F (2007). Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi. *Uludağ Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **26(1)**: 35-54.
- PALMER A (1998). Principles of Service Marketing. 2nd ed. England: McGraw-Hill Higher Education.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL (1985). A Conceptual Model of Service Quality and It's Implications for Future, *Journal of Marketing*. **49**:41-50.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal Of Retailing*, **64(1)**: 12-40.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL (1990). Delivering Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectations, New York, New York: The Free Press, 1990, p.: 72.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, **67(4)**: 420-450.
- PESKİRCİOĞLU N (1999). Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2. Baskı, Yayın No: 620.
- RAHMAN S, ERDEM R, DEVEBAKAN N (2007). Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **9(3)**: 37-55.
- SAĞNAK P (2010). Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması: GATA Hastanesi'nde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- SARGUTAN E (1996). Türk Sağlık Politikası Değerlendirmeler İlkeler Öneriler. Ankara: Sağlık Yayınları Genişletilmiş 3. Baskı.
- SAVAŞ K, KESMEZ GA (2014). Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **17**: 1-13.
- SAYIM F, AYDIN V (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistemik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile İletişimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **29**: 245-262.
- SETH N, DESHMUKH SG, VRAT P (2005). Service Quality Models: A Review. *International Journal of Quality and Reliability Management*, **22(9)**: 913-949.
- SEVİMLİ S (2006). Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Üzerine Bir Uygulama. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- SEYRAN D (2004). Hizmet Kalitesi Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Akışı. İstanbul: Kal-Der Yayınları No:34.
- SOYLU K, SOYLU F, SUER A, SUER EÖ (1998). Toplam Kalite Yönetimi Sözlüğü: Terimler ve Tanımlar. İstanbul: Beyaz Yayınları.
- SÖZEN C (2003). Sağlık Yönetimi. Ankara: Palme Yayıncılık.
- SPRENG R, MACCOY R (1995). An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. *Journal of Retailing*, **72(2)**: 201-214.
- SÜRMELİ H (2002). Kurumsal Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Rekabet Stratejisi İlişkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ŞEN A (2010). Hastane İşletmelerinde ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamalarının ve İç Müşteri Algılarının Servqual Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TAŞ D (2012). Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **2(4)**: 79-102
- TAŞDEMİR M, HAYRAN O (2001). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. IV. Ulusal Sağlık ve

Hastane Yönetimi Sempozyumu. Bildiri Kitabı. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 27-28 Eylül, İstanbul.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2001). Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Dökümanları. Erişim Adresi: [http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2841/toplam-kalite-yonetimi-tky-dokumanlari.html]. Erişim Tarihi: 13/09/2015.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2005). Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi. Erişim Adres: [http://Www.İhsm.Gov.Tr/İndir/Mevzuat/Yonergeler/Yg_17032005_1.Pdf.]. Erişim Tarihi: 13/09/2015.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2015). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Erişim Adresi: [http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14]. Erişim Tarihi: 13/09/2015.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2016). Erişim Adresi: [https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/Yayin2016/SKS Hastane Seti V 5 R 1.pdf](https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/Yayin2016/SKS_Hastane_Seti_V_5_R_1.pdf) . Erişim Tarihi: 06.06.2016

TAYLOR SA, CRONİN JJ Jr (1994). Modelling Patient Satisfaction and Service Quality. *Journal of Health Care Marketing*, **14(1)**: 34-44.

TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. İstanbul: Nobel Yayınları.

TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O AKBOLAT M (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. İstanbul:Nobel Yayınları.

TOP M, TARCAN M, TEKİNGÜNDÜZ S, GÜLER H (2011). 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Yatan Hastaların Hasta Tatmininin Değerlendirmesi: İzmir İli Örneği. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*. **6(1)**:103-138.

TORUN E (2009). Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

TÜRKAK (2016). Türk Akreditasyon Kurumu. Erişim Adresi: <http://www.turkak.org.tr/TURKAKSITE/KurumsalKurulusKanunu.aspx> Erişim Tarihi: 06.06.2016

UYGUÇ N. (1998). Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi Stratejik Bir Yaklaşım. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları, 1. Baskı.

- VARİNLİ İ, ÇAKIR A (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki, Kayseri de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2**: 33-52.
- YAĞCI M, DUMAN T (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, **7(2)**: 218-238.
- YALKIN S (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- YAMAK O (1998). Kalite Odaklı Yönetim. İstanbul: Panel Matbaacılık.
- YANIK A (2000). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- YENİMAHALLELİ G (1999). Türkiye’de Sağlık İşkolunun Özellikleri ve Sendikal Örgütlenme. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- YAŞAR, GY (2011). “Health Transformation Programme in Turkey: An Assessment”. *International Journal of Health Planning and Management*, **26 (2)**: 110-133.
- YEŞİLADA F, DİREKTÖR E (2010). Health Care Service Quality: A Comparison of Public and Private Hospitals. *African Journal of Business Management*, **IV(6)**: 962-971.
- YETKİNLİOĞLU Ö (2009). Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- YILDIZ G (1994). İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi Toplam Kaliteye Geçişte Stratejik Bir Yaklaşım. Sakarya Üniversitesi, Yayın No.10, Sakarya.
- YILMAZ V, ÇELİK HE, DEPREN B (2007). Devlet ve Özel Sektör Bankalarındaki Hizmet Kalitesinin Karşılaştırılması: Eskişehir Örneği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, **8(2)**: 234-248.
- ZAİM H, TARIM M (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, **59**: 1–24.

ZEITHAML VA, BITNER MJ (2000). Services Marketing, McGraw-Hill, New York.

ZEITHAML VA, BITNER MJ (2003). Service Marketing, Integrating Customer Focus
Across the Firm, 3rd Edition, McGraw-Hill.



EKLER

EK 1

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:04-170-15	Tarih: 09 Mart 2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI			İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:			Prof Dr Mehmet MELLİ			
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza
Prof Dr Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>M. Melli</i>
Prof Dr Cihan YURDAYDIN	Gastroenteroloji	A Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>Seydi Yurdadin</i>
Prof Dr Mehmet GÜREL	Genel Cerrahi	A Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>M. Gürel</i>
Prof Dr Tanju ÖZÇELİKAY	Farmakoloji	A Ü Eczacılık Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Tanju Özçelikay</i>
Prof Dr Cem ATBAŞOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Cem Atbaşoğlu</i>
Prof Dr Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Serdar Öztürk</i>
Prof Dr Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H Ü Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>Serap Sivri</i>
Prof Dr Zeynep ŞENOCAK	Hukuk	A Ü Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Zeynep Şenocak</i>
Prof Dr Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H Ü Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Banu Çakır</i>
Doç Dr A. Ruhu SOYLU	Biyofizik	H Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Ruhu Söylü</i>
Doç Dr Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A Ü Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Derya Öztuna</i>
Doç Dr Selami Koçak TOPRAK	Hematoloji	A Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Selami Koçak Toprak</i>
Yrd Doç Dr Nuket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A Ü Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Nuket Kutlay</i>
Uz Dr Önder İLGİLİ	Tıp Tanılı ve Etik	A Ü Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Önder İlgili</i>
Mühübe SUTAY	İşletme	-	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>M. SUTAY</i>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet MELLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2

Anket Formu

SAĞLIK HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ (DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ)

Dolduracağınız bu anket Ankara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu ankete katılanların hiçbir hukuki sorumluluğu olmayıp anketteki soruları eksiksiz cevaplanması rica olunur. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı teşekkür eder. Geçmiş olsun dileklerimizi iletiriz.

I. BÖLÜM – DEMOGRAFİK SORULAR

1- Cinsiyetiniz

- a) Kadın ☐
- b) Erkek ☐

2- Yaşınız

- a) 18-30 ☐
- b) 31-50 ☐
- c) 51 ve üstü ☐

3- Medeni durumunuz

- a) Bekar ☐
- b) Evli ☐

4- Mesleğiniz

- a) Kamu Çalışanı ☐
- b) İşçi ☐
- c) Serbest Çalışan ☐
- d) Emekli ☐
- e) Öğrenci ☐
- f) İşsiz ☐
- g) Diğer /(Lütfen belirtiniz)

5- Eğitim durumunuz

- a) Okur Yazar Değil ☐
- b) İlköğretim ☐
- c) Lise ve Dengi ☐
- d) Yüksek Okul/Fakülte ☐

6- İkamet yeriniz

- a) Şehir Merkezi ☐
- b) İlçe Merkezi ☐
- c) Köy ☐
- d) Şehir Dışı ☐

7- Aylık gelir düzeyiniz

- a) 999TL ve altı ☐
- b) 1000TL-1999TL ☐
- c) 2000TL ve üstü ☐

8- Sosyal güvenceniz

- a) SGK (GSS'li) ☐
- b) Yeşil Kart ☐
- c) Güvencem Yok ☐
- d) Özel Sigorta ☐

9- Bir sağlık kuruluşuna gelme sıklığı

- a) Haftada bir ☐
- b) Haftada birden fazla ☐
- c) Ayda bir ☐
- d) Yılda birkaç kez ☐
- e) Birkaç yılda bir ☐

10- Bu hastaneye kaçınıcı gelişiniz

11- Hastaneye geliş şekliniz

- a) Doğrudan hastaneye başvurdum ☐
- b) Yakınım tarafından getirildim ☐
- c) Başka bir kurum tarafından sevk oldum ☐

12- Hastaneye geliş nedeniniz

- a) Muayene/Kontrol ☐
- b) Kronik Hastalık Kontrolü ☐
- c) Tetkik ve Tahlil ☐
- d) Tıbbi Müdahale ☐
- e) Yatış ☐
- f) Sevk ☐
- g) Diğer (Adli Vaka, Sağlık Kurulu Raporu için) ☐

13- Hastaneyi tercih nedeniniz

- a) Kamu Hastanesi Olması ☐
- b) Çevre Tavsiyesi ☐
- c) Doktor Tavsiyesi ☐
- d) Hekimlerin Bilinirliği ☐
- e) Teknolojik Yenilik ☐
- f) Güven Duyma ☐
- g) Yakın Oluşu ☐
- h) Fiyat Uygunluğu ☐
- i) Tanıtım/Reklam ☐

14- Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?

- a) Evet ☐
- b) Hayır ☐
- c) Kararsızım ☐

15- Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz?

- a) Evet ☐
- b) Hayır ☐
- c) Kararsızım ☐

16- Başvurunuzun ekonomik nedeni

- a) Kamu hastanesi olması ☐
- b) Sosyal güvencenin olması ☐
- c) Yakın oluşu nedeniyle ulaşım maliyetinin düşük olması ☐
- d) Laboratuvar tetkiklerinde ilave ücret alınmaması ☐
- e) Refakatçi için ücretsiz yeme içme olanağının sağlanması ☐
- f) Hastane civarındaki konaklama imkanlarının ucuz veya bedava olması ☐
- g) Tanıdık vasıtasıyla zaman ve fiyat konusunda ekonomik avantaj sağlaması ☐
- h) Hastanenin teknik kapasitesi nedeniyle başka bir hastaneye yönlendirme ihtiyacının doğmaması ☐
- i) Sosyal güvencemden kaynaklı(Yeşil Kartlı Olunması) ☐
- j) Hastanenin teknik imkanlarının yeterli oluşu (aksi durumda ortaya çıkacak maddi yükten kaçınmak) ☐

II. BÖLÜM

Hastanelerden hizmet alan bir hasta olarak ve tecrübelerinize dayanarak;
MÜKEMMEL BİR HASTANENİN aşağıda tarif edilen özelliklere ne ölçüde sahip olması gerektiğini düşününüz. Her bir özellik için seçtiğiniz değeri işaretleyiniz.

	İFADELER	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
E1	Hastane modern araç-gereç ve donanımına sahip olmalıdır.	1	2	3	4	5
E2	Hastanenin fiziksel imkanları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	1	2	3	4	5
E3	Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	1	2	3	4	5
E4	Hastanede kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.	1	2	3	4	5
E5	Hastane, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirmelidir.	1	2	3	4	5
E6	Hastane çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi göstermelidir.	1	2	3	4	5
E7	Hastanede hastalara uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmalıdır.	1	2	3	4	5
E8	Hastane, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirmelidir.	1	2	3	4	5
E9	Hastanede hastalara ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.	1	2	3	4	5
E10	Hastalara, hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmelidir	1	2	3	4	5
E11	Hastane çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir	1	2	3	4	5
E12	Hastane çalışanları her zaman hastaya yardım etmeye istekli olmalıdır.	1	2	3	4	5
E13	Hastane çalışanları meşgul dahi olsalar hastaların isteklerine cevap verebilmelidir.	1	2	3	4	5
E14	Hastane çalışanları, davranışlarıyla hastalara güven vermelidir.	1	2	3	4	5

	İFADELER	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsız	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
E15	Hastalar, hastane personeli ile olan ilişkilerinde kendini güvende hissetmelidir.	1	2	3	4	5
E16	Hastane çalışanları hastalara karşı kibar olmalıdır.	1	2	3	4	5
E17	Hastane çalışanları, hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır.	1	2	3	4	5
E18	Hastanede ihtiyaçları doğrultusunda hastalara bireysel ilgi gösterilmelidir.	1	2	3	4	5
E19	Hastane çalışanları, hastalara kendini özel hissettirmelidir.	1	2	3	4	5
E20	Hastane çalışanları, hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır.	1	2	3	4	5
E21	Hastane, hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	1	2	3	4	5
E22	Hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman diliminde olmalıdır .	1	2	3	4	5

III. BÖLÜM

Lütfen aşağıdaki ifadeleri **DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE** uygulama düzeyine göre işaretleyiniz.

	İFADELER	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
P1	Bu hastane modern araç-gereç ve donanımına sahiptir .	1	2	3	4	5
P2	Bu hastanenin fiziksel imkanları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekicidir.	1	2	3	4	5
P3	Bu hastanede çalışanlar temiz ve düzgün görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
P4	Bu hastanede kullanılan malzemeler modern ve kullanışlıdır.	1	2	3	4	5
P5	Bu hastane, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirir.	1	2	3	4	5
P6	Bu hastanede çalışanlar, hastaların bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
P7	Bu hastanede hastalara uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
P8	Bu hastane, hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
P9	Bu hastanede hastalara ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmaktadır.	1	2	3	4	5
P10	Bu hastanede, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmektedir.	1	2	3	4	5
P11	Bu hastanede çalışanlar, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermektedir.	1	2	3	4	5
P12	Bu hastanede çalışanlar, her zaman hastaya yardım etmeye isteklidir.	1	2	3	4	5
P13	Bu hastanede çalışanlar, meşgul dahi olsalar hastaların isteklerine cevap vermektedir.	1	2	3	4	5
P14	Bu hastanede çalışanlar, davranışlarıyla hastalara güven vermektedir.	1	2	3	4	5
P15	Bu hastanede hastalar, hastane personeli ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmektedir.	1	2	3	4	5

P16	Bu hastanede çalışanlar, hastalara karşı kibardır.	1	2	3	4	5
P17	Bu hastanede çalışanlar, hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahiptir .	1	2	3	4	5
P18	Bu hastanede ihtiyaçları doğrultusunda hastalara bireysel ilgi gösterilmektedir.	1	2	3	4	5
P19	Bu hastanede çalışanlar, hastalara kendini özel hissettirmektedir.	1	2	3	4	5
P20	Bu hastanede çalışanlar, hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutmaktadır .	1	2	3	4	5
P21	Bu hastane hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmaktadır.	1	2	3	4	5
P22	Bu hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman dilimindedir .	1	2	3	4	5

IV. BÖLÜM

Bir hastanenin kalitesini değerlendirirken bu özelliklerin her birinin sizin için ne kadar önem taşıdığını öğrenmek istiyoruz. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi taşıması gereken özellikleri değerlendirerek, sizin için önem derecesine göre puanını yanına yazınız. Bu 5 özelliğe verdiğiniz puanların toplamının 100 olmasına dikkat ediniz.

1.	Hastanenin fiziki tesislerinin, araç ve gereçlerinin modernliği ve hastane personelinin görüntüsü	 puan
2.	Hastanenin söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yerine getirme kabiliyeti	 puan
3.	Hastanenin hastalarına yardım etme, tam ve zamanında hizmet verme konusundaki istekliliği	 puan
4.	Hastane personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti	 puan
5.	Hastanenin hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı	 puan
	TOPLAM	100 puan

ANKETİMİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.

EK-3



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Diyarbakır İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI :58146266/929/2435
KONU: MetinGELMEZ'in hk.

04/03/2015

İLGİLİ MAKAMA

Anakara Üniversitesinde Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünde tezli yüksek lisans öğrencisi olan Metin GELMEZ'in "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi" konulu tez araştırmasının Hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Hilmet İYEM
Hastane Yöneticisi

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı: Metin

Soyadı: GELMEZ

Doğum yeri ve tarihi: Hozat/20.01.1989

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

Askerlik Durumu: Tecilli

İletişim adresi ve telefonu: gelmezmetin@gmail.com 05425778330

II. Eğitimi

Yabancı dili: İngilizce

2007-2012 Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler fakültesi Sağlık İdaresi
Bölümü

2009-2011 Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sosyal Hizmetler Bölümü

2002-2005 Elazığ Atatürk Lisesi

III. Ünvanı

Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni

IV. Mesleki Deneyimi

2014- Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Memur)

V. Bilimsel Etkinlikleri

2009 yılı Hacettepe Üniversitesi birinci sağlık kurultayı (Katılımcı)

2010 Afyon Karahisar Üniversitesi sağlık kurultayı semineri (Katılımcı)

