



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE YATAN HASTALARIN
ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON İLİ ÖRNEĞİ**

AHMET YASİN YEŞİLDAĞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

SIVAS-2020

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE YATAN HASTALARIN
ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON İLİ ÖRNEĞİ**

AHMET YASİN YEŞİLDAĞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HATİCE ULUSOY**

SİVAS-2020

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Sabırla, ilgiyle ve özenle yol gösteren değerli hocam, danışmanım Prof. Dr. Hatice ULUSOY'a teőekkürlerimi sunuyorum.

Eğitim hayatım boyunca desteklerini sürekli hissettiğim ailemin her bir üyesine sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum.

Tezime yapmış oldukları katkılardan dolayı savunma sınavımın değerli jüri üyeleri Doç. Dr. Enis Baha BİÇER'e ve Dr. Öğr. Üyesi İbrahim H. KAYRAL'a teőekkürlerimi sunuyorum.

Tez çalışmamım her aşamasında görüşlerini aldığım Doç. Dr. Ayten TURAN KURTARAN'a değerli katkılarından dolayı teőekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek lisans eğitimi vesilesiyle tanıdığım tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Sözleriyle, davranışlarıyla hayatıma dokunan ve yön veren tanıdığım tüm insanlara teőekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmaya izin veren, katkı veren ve cevap veren herkese sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

HASTANEDE YATAN HASTALARIN ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON İLİ ÖRNEĞİ

Ahmet Yasin YEŞİLDAĞ
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Hatice ULUSOY
2020, 108 sayfa

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesinin üniversite, özel ve kamu hastanesi açısından karşılaştırmalı olarak analiz edilmesidir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini; Trabzon ilinde bir ay içerisinde hastanede yatarak tedavi gören 14330 hasta oluşturmaktadır. Tabakalandırma yapılarak, 400 kişilik örneklem ile kamu, özel ve üniversite hastanesinde çalışma yapılacak hasta sayıları belirlenmiştir. Ancak, kamu hastanesi çalışmanın yapılabilmesi için verdiği izni araştırma sürecinde iptal ettiğinden dolayı, çalışma verileri üniversite ve özel hastanede yatan 407 hastadan toplanmıştır. Algılanan hizmet kalitesi 5’li Likert tipinde SERVPERF Ölçeği ile ölçülmüştür. Verilerin analizinde SPSS 23.0 programından yararlanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada algılanan sağlık hizmeti kalitesinin, $\bar{x}=4,35$ düzeyinde olduğu saptanmıştır. Çalışmada, ölçek boyutları itibariyle en düşük ortalamaya sahip olan boyutun fiziksel unsurlar, en yüksek ortalamaya sahip olan boyutun ise nezaket olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Çalışmada kurum türüne göre; özel hastanede algılanan hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların yaşına göre; yaş arttıkça algılanan kalite düzeyinin arttığı saptanmıştır. eğitim durumuna göre; eğitim düzeyi arttıkça algılanan kalite düzeyinin azaldığı yönünde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma durumuna göre; çalışanların algıladıkları kalite düzeyinin daha düşük olduğu yönünde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların ailesinde sağlık personeli bulunma durumuna göre; ailesinde sağlık personeli bulunanların algıladıkları kalite düzeyinin daha düşük olduğu yönünde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların kronik rahatsızlığı olma durumuna göre; kronik rahatsızlığı olanların algıladığı kalite düzeyinin daha yüksek olduğu yönünde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Son olarak hastaların kurumu tavsiye etme durumuna göre; tavsiye etmeyenlerin algıladığı kalitenin düşük

olduğu yönünde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmada ayrıca algılanan hizmet kalitesinin kurumu daha sonra tercih etme ve hasta memnuniyeti üzerine anlamlı ve olumlu etkileri olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Sonuç: Trabzon ilinde hastanede yatan hastaların, hizmet kalitesi algılarının ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Algılanan kalite düzeyinin memnuniyet ve tekrar tercih etme niyeti üzerindeki olumlu etkisi olduğu bilindiğinden, kurumlarda sürekli kalite iyileştirmeleri yapılmasının olumlu geri dönüşle sonuçlanacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: hastane, hizmet kalitesi, SERVPERF Ölçeği



ABSTRACT

THE EVALUATION OF SERVICE QUALITY PERCEIVED BY HOSPITALIZED PATIENTS: THE CASE OF TRABZON PROVINCE

Ahmet Yasin YESILDAG
Master Thesis
Department of Health Management
Supervisor: Prof. Dr. Hatice ULUSOY
2020, 108 pages

Aim of the Study:

The aim of this study is to compare the quality of service perceived by hospitalized patients in terms of university, private and public hospitals.

Method: The universe of the research consists of 14330 patients who received inpatient treatment in the province of Trabzon. The sample of the study consisted of 400 patients who were hospitalized in public, private and university hospitals. However, since the public hospital canceled the permit to conduct the study during the research process, data were collected from 407 patients hospitalized at the university and private hospitals. Perceived service quality was measured with a 5-point Likert-type SERVPERF Scale. SPSS 23.0 program was used in the analysis of the data.

Findings: The perceived health service quality was found at the level of $\bar{x} = 4.35$. In the study, it was found that physical elements have the lowest average and courtesy has the highest average in terms of scale dimensions. According to the type of institution, it was found that the perceived quality of service at the private hospital was high ($p < 0,05$). According to the age of participants, the perceived quality level increases as the age increases ($p < 0,05$). In terms of the educational background, the perceived quality level decreases as the level of education increases ($p < 0,05$). According to the patients' working status, the level of quality perceived by the employees is lower ($p < 0,05$). In the study it was found that if there is a health care personnel in the family, the perceived quality level of those patients is lower ($p < 0,05$). According to the condition of patients with chronic disease the level of quality perceived by those patients is higher ($p < 0,05$) and in terms of the state of recommending the institution to others, the quality perceived by those who did not recommend was low ($p < 0,05$). The study also revealed that the perceived service

quality had significant and positive effects on preferring the institution and on patients' satisfaction.

Conclusion: It was determined that the perceptions of service quality of the hospitalized patients in Trabzon province were above average. Since the perceived level of quality is known to have a positive effect on satisfaction and the intention to rechoose the institution, it is thought that continuous quality improvements in institutions will result in positive feedback.

Keywords: hospital, service quality, SERVPERF Scale



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 :Kalite Tanımlarının Güçlü ve Zayıf Yönleri	9
Tablo 2.2: Sağlık Hizmetlerinde Farklı Kalite Tanımlarının İçerik Tablosu	15
Tablo 2.3: İdare ve Klinik Bilgi Sistemleri Tablosu	40
Tablo 2.4: Dünyada 1960-2001 Yılları Arası Akredite Edici Kurum Sayıları.....	46
Tablo 2.5 : SKS Hastane Seti Kurumsal Başlık ve Boyutları	52
Tablo 2.6 :Örnek SKS Hastane Seti İndikatör Tablosu	53
Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	57
Tablo 4.2: Hastaların SERVPERF Ölçeği Alt Boyutları ve Ölçek Genel Ortalamalarının Dağılımı ve SERVPERF Ölçeğinin Cronbach Alpha Değerleri	59
Tablo 4.3: Araştırma Verilerinin Basıklık Çarpıklık Değerleri	59
Tablo 4.4: Kurum Türüne Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	60
Tablo 4.5: Hastaların Cinsiyetine Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar.....	60
Tablo 4.6: Hastaların Medeni Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar.....	61
Tablo 4.7: Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar.....	62
Tablo 4.8: Hastaların Hane Aylık Gelirine Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar.....	63
Tablo 4.9: Hastaların Yaşına Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	64
Tablo 4.10: Hastaneye Yatış Türüne Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar r ...	65
Tablo 4.11: Çalışma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	65
Tablo 4.12: Hastaların Yaşadığı Yere Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar ...	66
Tablo 4.13: Hastaların Bu Yatışında Ameliyat Olma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	67
Tablo 4.14: Hastaların Daha Önce Bu Kurumda Yatma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	68
Tablo 4.15: Hastaların Ailesinde Sağlık Personeli Bulunma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	68
Tablo 4.16: Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar.....	69
Tablo 4.17: Hastaların Kronik Rahatsızlığı Bulunma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	70
Tablo 4.18: Hastaların Öncüller Arasından Önem Verme Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	71

Tablo 4.19: Hastaların Kurumu Tavsiye Etme Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar	71
Tablo 4.20: Değişkenlere Göre Hastaların Algılanan Kalite Düzeylerinde Anlamlı Farklılıklar Bulunma Durumu Özet Tablosu	72
Tablo 4.21: Regresyon Analizi: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyinin Daha Sonra Kurumu Tercih Etmeye Etkisi.....	73
Tablo 4.22: Regresyon Analizi: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyinin Genel Memnuniyet Düzeyine Etkisi	73
Tablo 4.23:Hastaların Yaş ve Eğitim Durumu Çapraz Karşılaştırılması	74
Tablo 4.24:SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar	75
Tablo 5.1: Literatürdeki Benzer Algılanan Kalite Ölçümü Çalışmaları	77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite Modeli.....	24
Şekil 2.2: Kalite İyileştirmeleri İçin Strateji Döngüsü	43
Şekil 2.3: Kalite İyileştirmelerinin Altı Alanı	44
Şekil 2.4: Sağlık Hizmeti Dengesi	49

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
ONAY	ii
YÖNERGE.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET..	v
ABSTRACT.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
İÇİNDEKİLER	xi
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2.Araştırmanın Amacı	7
1.3.Araştırmanın Hipotezi.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Kalite Kavramı	8
2.1.1. Kalite Kavramına Tarihsel Bakış	10
2.1.2. Kalite Yönetimi ve Yönetimde Kalite.....	12
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	14
2.2.1.Teknik Kalite ve Algılanan Kalite	19
2.2.1.1.Teknik Kalite.....	20
2.2.1.2.Algılanan Kalite	21
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları.....	22
2.2.2.1. Güvenilirlik	24
2.2.2.2. Yeterlilik, Süreklilik.....	25
2.2.2.3. Erişebilirlik ve Mali Katlanabilirlik	25
2.2.2.4. Nezaket ve Saygınlık.....	26
2.2.2.5. İletişim.....	26
2.2.2.6. Empati	26
2.2.2.7. Fiziki Unsurlar	27
2.2.2.8. Yasallık	27
2.2.2.9. Tüketici Merkezilik.....	27
2.2.2.10. Bütüncüllük	28
2.2.2.11. Öncelik	28

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçüm Yöntemleri	29
2.2.3.1. Teknik Kalite Ölçüm Yöntemleri.....	30
2.2.3.2. Algılanan Kalite Ölçüm Yöntemleri	33
2.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalite ile İlişkili Bazı Kavramlar	34
2.4.1.Yalın Yönetim ve Kalite İlişkisi.....	34
2.4.2. Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kalite İlişkisi	38
2.4.3.Rekabet Unsuru, Müşteri Memnuniyeti, İmaj ve Kalite İlişkisi	42
2.5. Türkiye’de Sağlık Alanında Yapılan Kalite İyileştirme Faaliyetleri	43
2.5.1. Akreditasyon Çalışmaları.....	45
2.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı	49
2.5.3. Sağlık Kalite Standartları Rehberi.....	51
3. GEREÇ VE YÖNTEM	54
3.1. Araştırmanın Tipi.....	54
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	54
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	54
3.4. Veri Toplama Araçları	55
3.5. Verilerin Toplanması	55
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	56
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	56
4. BULGULAR.....	57
5. TARTIŞMA	77
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	85
7. KAYNAKÇA.....	88
8. EKLER.....	99
ÖZGEÇMİŞ	107

1. GİRİŞ

Kalite; insanların beğeni ve tercihlerini belirtmek için günlük yaşantısında sıkça kullandıkları bir kavramdır. Üretim tesislerinde çıktıların, kalite kontrol sürecinden geçmesi veya tüketicilerin “bu çok kaliteli bir üründümüş” şeklindeki algıları ve söylemleri, kalite hakkında bazı ipuçları vermektedir. Günümüzde kalitenin, bakış açısına ve bağlamına göre değişen çok farklı tanımları yapılmıştır. Kalite kavramı ele alınırken dikkat edilmesi gereken önemli nokta, kalitenin tüketici beklenti ve isteklerine dayanan soyut, karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olduğudur (Brook ve Kosecoff, 1988; Campbell, 2000; Lai ve Cheng, 2005).

Kalite genel olarak, tüketicilerin ürün veya hizmetten beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, kaliteye değeri atfeden; tüketicinin hisleri ve algılarıdır (Miyachi, 1999). Farklı bir bakış açısına göre, bir ürün veya hizmete kaliteli diyebilmek için beklentileri aşması gerekir. Çünkü beklenenin altında kalması olumsuz bir izlenim uyandırırken, beklentiyi karşılaması kalitesinden değil, o ürün veya hizmetten beklenen durumdur. Dolayısıyla, kaliteli ürün veya hizmetin yeterli özelliklerinin yanında tatmin edici özelliklerinin olması gerekir (Noriaki, 2001). Halis (2010), Taguchi ve ISO 8402 kalite tanımlarını sentezleyerek bir çıkarımda bulunmuştur. Şöyle ki; “kalite açıkça belirtilmiş ve ifade edilmemiş (gizli) ihtiyaçları tatmin edebilme yeteneğine sahip, özellikli ve ayırıcı niteliklere sahip olan ürün veya hizmetin toplumda meydana getirdiği en az zarardır.” Bununla birlikte Amerikan Kalite Derneği ve Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü kaliteyi, “bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilen hizmet özelliklerinin tamamıdır” şeklinde tanımlamıştır (akt. Yorulmaz ve Pirol, 2019). Yapılan tanımlarda farklılıklar olmasına rağmen ana unsurların mükemmellik, değer, uygunluk, ikame üründen ayrılması, beklentilerin karşılanması ve aşılması olduğu görülmektedir.

Kalite çalışmalarına öncülük eden Crosby, Juran, Deming, Ishikawa, Feigenbaum gibi isimler birikimli ve katkılı olarak, sektörde çok iyi bilinen; kullanıma uygunluk, beklentileri karşılama, tüketici görüşleri, toplam kalite, kalite çemberleri, sürekli iyileştirme ve geliştirme gibi birçok kavramı yönetim alanına kazandırmış ve işletmelere yön vermişlerdir (Koçel, 2018: 388). Bu süreç içerisinde,

önceleri istatistik ve kontrol olarak ele alınan kalite kavramı; günümüzde yapılan tanımlar ve yönetim perspektifi ile geldiği noktadan anlaşılacağı üzere teknik bir olay olmaktan çıkıp bir felsefe haline dönüşmüştür (Koçel, 2018: 389).

Hizmet kalitesi ise, Lewis ve Booms'a göre, ürünlerde olduğu gibi hizmetlerde de, tüketicilerin beklentisini karşılama düzeyi olarak, Grönroos'a göre hangi hizmetin, nasıl alındığı, Parasuraman vd. ne göre de müşteriler tarafından algılanan kalite düzeyi olarak tanımlanmıştır (akt. Cheng Lim ve Nelson,2000). Bu tanımlardan açıkça anlaşıldığı gibi bireylerin algıları hizmet kalitesinin ölçümünde önemli bir rol oynamaktadır.

Sağlık hizmetleri; “hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunun yanında hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili hizmetler” olarak tanımlanmaktadır (Ateş, 2016:2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2008:16) iyi bir sağlık hizmetini; “ihtiyacı olanlara, ihtiyaç duyulduğu anda, en az kaynak kullanarak, en yüksek verimlilikle etkili, güvenli, yüksek kaliteli, bireysel veya bireysel olmayan sağlık uygulamalarıdır” şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ'ne göre iyi sağlık hizmetinin bir bileşeni olan, sağlık hizmetlerinde kalitenin de çeşitli tanımları yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite; hasta, hasta yakını, sağlık tesisi yöneticisi, geri ödeyici kurum ve kuruluşlar ve politikacılar için farklı anlamlara gelmektedir (Campbell, 2000 Mosadeghrad, 2013; Collins ve Mannon, 2015:xi). Institute of Medicine (IOM) tanımlamasına göre sağlık hizmetlerinde kalite; “bireyler ve topluluklar için sağlık hizmetlerinin istenen sonuçların alınma olasılığını artırma ve mevcut mesleki bilgi ile tutarlılık derecesidir” (IOM, 1992). Başka bir tanımda DSÖ (2008:9) kaliteli sağlık hizmetini; “üst düzey koşulları karşılayarak, kaynakları sağlık hizmetlerine ve korunmaya en çok ihtiyaç duyanların gereksinimlerine yanıt verebilecek şekilde en etkili ve güvenli yolla aktaran ve bunu yaparken israftan kaçınan sağlık hizmetidir.” şeklinde tanımlamıştır. DSÖ'nün tanımından hastaların beklentilerinin karşılanması, bilimsel klinik destek sağlanması ve bunların yönetsel bir açıdan ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır.

Yapılan bu tanımlardan yola çıkarak sağlık hizmetinde kalitenin genel olarak net bir faydası olması beklenir, alternatifleriyle karşılaştırıldığında en iyi olması gerekir; bilim ve tekniğin gerçek ve normlarına uymanın yanı sıra, kişilerarası ilişkilerde ve hasta sunucu etkileşimi, hastanın memnuniyetini ve kararlara katılımını gerektirir (IOM, 1992).

Sağlık hizmetlerinde kalite, teknik ve algılanan kalite olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Teknik kalite (bilimsel standartlara uygunluk) ve algılanan kalitenin (hizmet sunanların tutum ve davranışları, tüketici deneyimleri) toplamı sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirlemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:459). Başka bir deyişle “ne hizmeti sunulduğu” teknik kalite yönünü, “hizmetin nasıl sunulduğu” ise algılanan kalite yönünü oluşturmaktadır ve ikisi de önemli kalite parametrelerindedir (Duggirala vd., 2008; Kayral, 2012).

Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmelerindeki önemli bir husus; sağlık hizmetlerinin asimetrik bilgi barındırıyor olmasıdır. Asimetrik bilgi kavramı; karşılıklı etkileşimde bulunulan herhangi bir işlemde, bir tarafın uzmanlık veya konumu itibarıyla karşı taraftan daha fazla bilgiye sahip olup, süreci yönlendirebilecek güce sahip olma durumunu ifade eder (Akerlof, 1978; Çetinkaya, 2012). Dolayısıyla tüketici konumundaki hastaların aldıkları hizmeti teknik açıdan değerlendirebilme noktasında zaafı bulunmakta ve kaliteye ilişkin algıları doğrultusunda kalite ölçümleri yapılmaktadır (Sütütemiz, 2015:61). Böyle bir durumda sağlık hizmetlerinde kalite, salt tüketici algısıyla ölçüldüğünde her zaman doğru ve tam sonuçlar vermeyebilir ama önemli bir kalite parametresi olarak değerlendirilmektedir (Duggirala vd., 2008; Tomak ve Bek, 2014:14) ve sıklıkla kullanıldığı belirtilmektedir (Kayral, 2012; Marşap, 2014:97).

Önemli olarak değerlendirilmesinin yanında, hizmet kalitesinin algılanan yönünü ölçmeyi önemli bir gereklilik olarak gören Cheng Lim ve Nelson (2000) ve Kavuncubaşı ve Yıldırım (2015:458) gibi yazarlar da vardır. Çünkü, hasta ve yakınları, tıbbi soğutma odasının sıcaklığının günde iki kez kontrol edilmesi, antibiyotikten önce kan kültürü alınması veya idrar yolu enfeksiyon riskini azaltmak

için 24 saat sonra Foley kateterlerini çıkartmak gibi perde arkası unsurlarla ilgilenmek yerine, gereksiz bekleme süreleri, personelin iletişimi ve ilgisi, otopark, temizlik gibi unsurlara daha fazla önem verebilmektedir. (Collins ve Mannon, 2015:49; Cleary ve Egdman Levitan, 1997).

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması, gelişen teknoloji, sistem ve tedavi süreçlerindeki değişimler, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, buna bağlı gelişen kronik hastalıklar gibi faktörler, maliyetlerin artmasına karşılık, kaynakların daralması dünyanın pek çok ülkesinde sağlık hizmeti kalitesini ölçmeye ve geliştirmeye yönelik çalışmalara olan ilgiyi artırmıştır (Sur vd., 2019; Campbell vd., 2000).

Sağlık alanında algılanan hizmet kalitesinin ölçümü; sınırlı kaynakların verimli kullanılması, maliyet kontrolü, giderlerin azaltılması bazı kurumlarda gelirlerin artırılması amacıyla yapılmaktadır. Ancak bu amaçlardan önce sağlıkta kalite ölçümleri, insana yaraşır bir sağlık hizmeti sunup, tüketicileri memnun etme noktasında kaliteli hizmet sunmak ve bunu devam ettirebilmek için gereklidir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003).

Kaliteli hizmet sunumunun talep üzerinde pozitif ve orantılı olarak etkisi olduğundan sağlık kurumları, hizmet kalitesi ve tüketici memnuniyetine özen göstermelidir (Yaprak ve Ecevit, 2019). Serbest piyasa savunucularına göre, tüketicilerin kalite bilinci ve kalite kültürünün artması rekabeti etkileyecektir ve rekabetin artması da dolaylı yünden sağlık hizmetlerinde kalite genel düzeyinin artmasını olumlu yönde etkileyecektir. Teorik arka planı çok güçlü olmasa da kaliteyi doğrudan veya dolaylı yoldan arttıran her unsur, sağlık alanında kaliteli hizmet sunumunun gelişimine katkı sağlayacaktır (Chassin, 1988).

Sağlık hizmeti tüketicilerinin bireysel olarak beklentilerini anlamak, onları tatmin eden seviyede hizmet sunmak sağlık profesyonellerinin bireye ve topluma karşı yerine getirmesi gereken bir sorumluluğudur (Donabedian, 1998). Kalite çalışmalarına ve bireylerin beklentilerine uygun hizmet sunma çabalarına, maliyet

artırıcı bir faaliyet olarak yaklaşmak yanıltıcıdır çünkü, yüksek kalite düşük maliyetle sonuçlanmaktadır (Grabau, 2016:52). Kaliteli hizmet sunumunu başaran kurumlar, pazar paylarını büyütür, maliyetlerini kontrol altında tutar, tüketici sadakatini sağlayıp ağızdan ağıza pazarlama yoluyla verimlilik ve kazanç elde eder (Kayral vd, 2018).

Ancak kurumlarda kalitenin yerleşmesini sağlayacak sihirli bir değnek veya iksir yoktur. Yapılan araştırmalar bunun çok çetin bir süreç olduğunu göstermektedir. Çünkü bir kurumda kaliteyi tesis etmek için yönetim, personel, tüketici, ve diğer çevre unsularının ortak bir bilinçle çalışması gerekmektedir (Pope vd., 2002). Kalite tesadüfen elde edilmiş bir sonuç değil, planlama süreç, kontrol ve denetime tabi şeffaf bir çıktıdır veya Donabedian gibi girdi, süreç ve çıktıya ayrı ayrı kalite gözlüğüyle bakıldığında kalite, aslında üzerinde emek harcanılması gereken, katılım ve bilinç gerektiren, insanı merkeze alan, hatalardan öğrenen bir yönetim sürecidir (WHO, 2018).

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ürün ve hizmette kalite arttıkça, maliyetler düşer, verimlilik artar, tüketicilerin memnuniyet düzeyi artar. Bu durum örgütün ve personelin performansını da doğrudan etkiler (Mosadeghrad, 2013). Bu doğrultuda dünyada birçok ülkede sağlık hizmetlerinde kalite ölçümleri yapıp iyileştirme önerileri gerek tez gerek akademik araştırma gerekse kurumsal çalışmalar düzeyinde sıklıkla yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde artan talep, yükselen maliyetler, daralan kaynaklar ve klinik uygulamalardaki yenilikler dünyanın pek çok ülkesinde sağlık hizmet kalitesini ölçmeye ve geliştirmeye olan ilgiyi artırmıştır (Campbell vd., 2000). Günümüzde alternatiflerin farkında olan hizmet tüketicileri hizmet standartlarında kalitenin yükselmesini arzu etmektedirler (Cheng Lim ve Nelson, 2000). Ülkemizde de hekim ve hastane seçme, tedavi olabilme serbestisinin varlığı kurumların kalite konusunda ilerleme sağlamak zorunda olduğunun bir işaretidir.

Bununla birlikte, kaliteli sağlık hizmeti almak başlı başına bir etik konusudur. Günümüzde insanların kaliteli sağlık hizmeti alma hakkı bir yana, bireyler

sahiplendiği hayvanların teŖhis ve tedavisinde dahi sağlık hizmetinin kaliteli olması beklentisi içerisindedir (Aral vd., 2010).

Sağlık sektörü içerisinde birçok riski barındırmaktadır. Doktorlar, hemŖireler ve diğer sağlık personeli, genellikle zayıf, savunmasız ve korkmuŖ bir grup bireyle ilgilenmektedirler. Organizasyonel karmaŖıklık derecesinin yüksek olmasının yanında, prosedürler kendi baŖına birçok riskli iŖlemi barındırmaktadır (Fillingham, 2007). Örneğin Amerika’da 4 hastadan 1’i tedavi sürecinde zarar görmekte ve 1 yılda yaklaŖık 134 milyon yan etki vakası 2.6 milyon insanın ölümüne yol açmaktadır. Bunun yanında tıbbi uygulama hatalarının küresel maliyeti 42 milyar \$’a ulaŖmaktadır (WHO, 2019). Sayılan bu nedenlerle sağlık hizmetlerinde kalite iyileŖtirmeleri önem kazanmıŖtır.

Sonuç olarak; kalite sağlık hizmeti sunulması maliyetlerin kontrol altına alınmasına, insan haklarının geliŖmesine ve dolayısıyla en iyi sağlık düzeyine eriŖmeye, refaha katkı sağlayabilirken, iyi bir kalite politikası, kalite iyileŖtirmelerinin önündeki engelleri kaldırıp, sağlık sektörü paydaŖlarını bu iyileŖtirmeler için harekete geirebilecektir (DSÖ, 2008;21). Bunun sağlanması için öncelikle mevcut durumun tespit edilmesi ve iyileŖtirme yapılacak alanların saptanması için sağlık kurumlarında kalitenin llmesi gerekmektedir.

Literatür taraması yapıldığında, aynı konunun çoğunlukla tek veya iki tür hastane üzerinde alıŖıldıđı grlmŖ,  hastane türünü SERVPERF algılanan kalite leği ile karŖılaŖtıran çok nadir alıŖmaya rastlanılmıŖtır (Kayral, 2012; Arslan KurtulmuŖ, 2019). Yağcı ve Duman (2006), zpolat (2019) ve Saltık (2019) Servqual leği ile üç hastane türünü karŖılaŖtırmıŖtır. Bu alıŖmada  hastane türünde (devlet, özel, niversite) hastaların algıladıkları kaliteyi ölçmek ve varsa farklılıkların nereden kaynaklandığını ortaya koymak planlamıŖtı. Fakat veri toplama sürecinde kamu hastanesinin alıŖma iznini iptal etmesi nedeniyle bir özel ve bir niversite hastanesinde SERVPERF leği ile algılanan kalite ölçümü yapılmıŖtır. alıŖmada, sağlık hizmeti sektöründe daha güçlü ölçüm yaptđı gerekeesiyle (Bülbül ve Demirer, 2008; Shafei vd.,2019) SERVPERF leği tercih edilmiŖtir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesinin, üniversite, özel ve kamu hastanesi üst başlığında karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi ve çeşitli değişkenler açısından algılanan kalite düzeyinin farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Hipotez1: H₀:Hastane türüne göre algılanan kalite düzeyleri arasında bir farklılık yoktur.

H₁:Hastane türüne göre algılanan kalite düzeyleri arasında bir farklılık vardır.

Hipotez2: H₀: Hastaların; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, hane aylık gelir, hastaneye yatış türü, çalışma durumu, yaşadığı yer, tedavi olduğu birim, ameliyat olma durumu, ailesinde sağlık çalışanı olma durumu, kronik rahatsızlığı bulunma durumu, sosyal güvence bulunma durumu, hastaneyi tavsiye etme durumu ve kaliteli tıbbi hizmet, hastanenin özellikleri, personelin davranışı ifadelerine öncelik verme yönünden algılanan kalite düzeyleri arasında bir farklılık yoktur.

H₁: Hastaların; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, hane aylık gelir, hastaneye yatış türü, çalışma durumu, yaşadığı yer, tedavi olduğu birim, ameliyat olma durumu, ailesinde sağlık çalışanı olma durumu, kronik rahatsızlığı bulunma durumu, sosyal güvence bulunma durumu, hastaneyi tavsiye etme durumu ve kaliteli tıbbi hizmet, hastanenin özellikleri, personelin davranışı ifadelerine öncelik verme yönünden algılanan kalite düzeyleri arasında bir farklılık vardır.

Hipotez3: H₀: Hastaların algıladıkları kalite düzeyi ile hastaneyi bir daha tercih etme ve genel memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁: Hastaların algıladıkları kalite düzeyi ile hastaneyi bir daha tercih etme ve genel memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez4: H₀: Algılanan hizmet kalitesi ölçeği alt boyutları ve genel algılanan kalite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁: Algılanan hizmet kalitesi ölçeği alt boyutları ve genel algılanan kalite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde kalite kavramı çeşitli yönleriyle açıklanıp, çeşitli tanımlara ve bu tanımların içeriklerine, güçlü ve zayıf yönlerine değinilip tarihten günümüze kalite kavramı ve kaliteye bakış ele alınmış ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramı hakkında literatürde yer alan bilgiler derlenmiştir.

2.1. Kalite Kavramı

Tarih boyunca üzerinde düşünülen kaliteye, günümüzde yoğun bir ilgi ve istek vardır. Kalite, sayısız akademik ve ticari yayınlarda, medyada ve seminerlerde ele alınmaktadır. Modern organizasyon ve şirketlerde en temel ve önemli bir zorunluluk olarak görülen kalitenin; kalite öncüleri tarafından, değer, şartnamelere uygunluk, kullanıma uygunluk, zarardan kaçınma, müşteri beklenti ve ihtiyaçlarını karşılama/aşma gibi birçok tanımı, yapılmaktadır. Günümüzde önemli olan husus kaliteyi tanımlamak değil, kalitenin bu farklı anlamlarını bütüncül olarak kavramak ve kullanmaktır (Reeves ve Bednar, 1994).

Günümüzde tüketiciler, müşteriler, hizmet kullanıcıları, misafirler veya hastalar hangi kelime kullanılırsa kullanılsın, kaliteye önem vermektedir. Dolayısıyla kalite, tercihleri etkileyen çok önemli bir husus haline gelmiştir. Bunun karşısında kurumlar tüketici beklenti ve isteklerini karşılamak adına çeşitli yönetim enstrümanlarını kullanmaktadırlar. İstatiksel kalite kontrolü, kalite yönetim süreci, toplam kalite yönetimi bunlardan bazılarıdır. Modern pazarlama ve yönetim anlayışında iç ve dış tüketicinin tatmini çok önemlidir ve kurumlar buna ilişkin ölçümler yapıp, kalite iyileştirmeleri yapmaktadır.

Kalitenin nasıl tanımlandığı, ölçümünü ve geliştirilmesini etkilemektedir. Örneğin kalite değer veya mükemmellik olarak tanımlandığında çıktı değişkendir ve ölçümü zordur. Şartnamelere uygunluk olarak tanımlandığında çıktıyı ölçmek daha kolaydır fakat bunun dezavantajları vardır. Diğer bir tanımla kalite tüketici beklentilerinin performansla uyumu olarak ele alındığında yine istatistiksel kalite

kontrolünden farklı bir kavram olarak ele alınması gerekecektir. Reeves ve Bednar (1994) literatürde sıklıkla yer alan kalite tanımlarını ve bunların avantajları ve dezavantajlarını içeren bir tablo hazırlamıştır. Bu tablo Tablo 2.1’de gösterilmektedir.

Tablo 2.1: Kalite Tanımlarının Güçlü ve Zayıf Yönleri

Kalite Tanımlarının Güçlü ve Zayıf Yönleri		
Tanım	Güçlü Yön	Zayıf Yön
Mükemmellik	Güçlü pazarlama ve insan kaynakları yararları Evrensel geçerlilik ve standartlardan ödün vermeyen yüksek başarı	Uygulayıcılar için dar kapsamlı uygulama rehberi Ölçüm zorlukları Mükemmel olan hızlı ve çarpıcı bir biçimde değişebilir Yeterli sayıda tüketici mükemmel olana ödeme yapmak için istekli olmalı
Değerdir	Değer kavramı birden fazla nitelik içermektedir Kurumlar iç ve dış etkinliğine odaklanır Farklı ürün ve deneyimlerin karşılaştırılmasına olanak verir	Öznel yargıların ayrıştırılması Kapsayıcılık şüphesi Kalite ve değer farklı yapılarıdır
Şartnamelere uygunluktur	Kolay ve hassas ölçüm Verimliliği artırır Tüketici ihtiyaçlarını ortaklaştırmalı Küresel bir stratejiyi barındırmalı Bazı müşteriler için en temel ve uygun tanımdır	Tüketiciler hizmet şartnameleri detaylarını bilmiyor veya umursamıyor Hizmetlerle tam uyumlu değil Kurumsal adaptasyonu potansiyel olarak azaltır. Rekabet ve pazardaki gelişmeler şartnameleri sürekli olarak eskitebilir Sadece içe odaklanır

Tanım	Güçlü Yön	Zayıf Yön
Müşteri beklentilerinin karşılanması ya da aşılmasıdır	Tüketici açısından değerlendirme	Karmaşık bir tanım
	Farklı endüstrilerde uygulanabilir	Ölçümü zor
	Genel ve kapsayıcı bir tanımdır	Tüketiciler beklentilerini bilmeyebilir
		Satın alma öncesi tutumlar tüketim sonrası yargılar üzerinde etkili olabilir
		Uzun dönem ve kısa dönem değerlendirmeleri farklılaşabilir
		Müşteri hizmetleri ve müşteri memnuniyeti arasındaki karışıklık

Kaynak:Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *Academy of management Review*, 19(3), 419-445.

2.1.1. Kalite Kavramına Tarihsel Bakış

Kaliteli ya da iyi olanı, eski toplumlar da (Yunan filozoflar, Babilli insanlar gibi) tartışmışlardır. Örneğin Babil’de M.Ö. 429’a ait kil tablette satıcının, yüzük üzerindeki altının 20 yıl boyunca düşmeyeceğini garanti etmesi ve düşerse 10 birim gümüş para tazminat ödeyeceği bahsi yer almaktadır (Bursk vd. 1962, akt: Juran, 1998: 2.9). O dönemlerde mükemmellik kalite demektir. Örneğin, at arabası ele alındığında at için hız, araba için sağlamlık kaliteyi göstermekteydi (Reeves ve Bednar, 1994). Bu, mükemmeli sıradandan ayıran unsur binek hayvanlar, kıyafetler, evler ve çadırlar için de geçerli olabilir.

Sanayi Devrimi sonrası dünyanın seri üretime geçmesi yeni güçlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur ve bu güçler, bilim ve teknolojiye patlayıcı bir büyüme meydana getirmiştir. Meydana gelen bu büyüme toplumlara sayısız fayda sağlamıştır. Bunun ardından teknolojileri toplumun faydasına sunmak için yeni endüstriler ortaya

çıkıştır. Seri üretime geçişin ilk zamanlarında ürünleri pazarlamak kolaydı. Çünkü satmak için üretmek yeterliydi. Daha sonrasında verimsizlik, başarısızlık, garanti, müşteri memnuniyeti, maliyetler, servis, garanti, ürün ve üretimin çevre ve insan sağlığına olan etkileri gündeme geldi. Arzın karşısında talep kesimi de güçlenince kalite ve kalite beklentisi gibi kavramlar gündeme geldi (Juran ve Godfrey, 1998: 2.15; Reeves ve Bednar, 1994).

Günümüzdeki anlamıyla kalitenin temeli 1931 yılında Shewhart'ın "Ürünün Ekonomik Kalite Kontrolü" yayınıyla atılmıştır. Shewhart'a göre kalite ölçülebilir, kıyaslanabilir olmalı ve ürün, şansa bırakılmadan tüketicilerin istekleriyle buluşturulmalıdır. Shewhart bu amaca ulaşmak için kalite üzerinde istatistiki ölçümler yapmıştır. (Reeves ve Bednar, 1994).

Juran, 1945 yılından sonra Shewhart'ın çalışmalarını "Kalite Yönetimi El Kitabı" çalışması ile geliştirmiştir. Kalitenin her gelişimi yeni bir tanımla olmuştur. Juran tanımı ise kullanıma uygunluktur. Daha sonra Feigenbaum 1951'de kalite kavramına "Toplam Kalite Kontrol" isimli eserle kalite, müşteri beklentilerinin karşılanmasıdır tanımıyla katkı sağlamıştır. 1950- 1960'lara gelindiğinde bu isimlere ek olarak Crosby, Deming, Duran, Ishikawa başta olmak üzere çeşitli araştırmacılar tarafından, kalite kavramı ele alınmıştır. Bu çalışmalar kalite konusunun işletmelerin temel kavramları arasına gelmesinde büyük katkılar sağlamıştır. (Koçel, 2018:388). Bu katkılardan birine örnek olarak kalitenin, istatistiki bir kontrol olmaktan çıkıp, süreç içerisinde herkesin sorumluluk aldığı bir felsefe haline gelmesi gösterilebilir.

Hizmet sektöründe emek, pazar payı ve talep günden güne artmıştır. Bu durum kalite çalışmalarına hizmet sektörünün dahil edilmesine ve benzer şekilde, hizmet sektöründe kalite konusunun gündeme gelmesine sebep olmuştur. Talep ve pazar payı artan bir sektörde kuşkusuz rekabette artmış ve bu ortamda ayakta kalabilmek için kalite temel bir strateji olarak kabul edilmiştir (Zeithaml vd., 1996).

Hizmetlerin stoklanamama, üretildiği an tüketilme, soyut olma, birçok hizmetin üretimine tüketicinin de katılması, hizmet sektörünün emek yoğun olması

gibi özellikleri itibariyle ürünlerden ayrılması, kaliteye yönelik bazı tartışmaları meydana getirmiştir. Sayılan özelliklerden dolayı kalite değerlendirmeleri soyut ve zor bir kavramdır. Bu nedenle hizmet kalitesini farklı bir bakış açısıyla ele almak gerekmektedir (Reeves ve Bednar, 1994; Jun vd., 1998).

2.1.2. Kalite Yönetimi ve Yönetimde Kalite

Akademi ya da endüstri alanında, liderlerin yardımıyla, büyük veya küçük, kar amacı güden veya gütmeyen, ürün veya hizmet sektörüne ait birçok kurum ve kuruluş rekabet avantajı sağlama hususunda kalite yönetiminin stratejik önemini farkına varmıştır (Anderson vd., 1994). Kurumlar kaliteyi tesis etmek için kalite çalışmalarını felsefe haline dönüştürmeli ve kurum içerisindeki tüm personeli çalışma hakkında isteklendirmelidir.

Buradan anlaşılacağı üzere kalite çalışmalarına personeli dahil etmek ve yönetsel bir bakış açısıyla ele almak gerekmektedir. Kalite çalışmalarına yönetsel açıdan bakan isimlerin başında Edwards Deming gelmektedir (Anderson vd., 1994). Kalite günümüzde bir tür yönetim yaklaşımıdır. Kaliteyi yönetmek ve kaliteli yönetimi tesis etmek modern organizasyonların temel felsefelerindedir. Deming “Out of Crisis” adlı eserinde bu felsefenin yerleşmesi için organizasyonlarda 14 ilkenin tesis edilmesi gerektiğinden bahsetmektedir. Bu ilkeler şunlardır; (Deming, 2000:22).

1. Rekabetçi olmak ve sektörde kalabilmek için ürün ve hizmetleri iyileştirin.
2. Yeni yönetim anlayışını benimseyin ve liderin desteğini sağlayın.
3. Kaliteyi test etmeyin üretin.
4. Maliyetleri düşürün, tedarikçi ilişkilerini yönetip satın alma giderlerinizi azaltın.
5. Sürekli iyileştirme ve geliştirmeye açık olun.
6. Hizmet içi eğitim verin.
7. Denetimi sadece daha iyiye ulaşmak adına yapın.
8. Korkuyu çalışanlardan uzaklaştırın ve kurumda rahat çalışmasını sağlayın.
9. Bölümler arası iletişimi güçlendirin ekip çalışmasını teşvik edin.

10. İş gücü ve imkanların ötesinde sloganların haricinde ulaşılabilir ama zor hedefler belirleyin.
11. Sayısal hedefler yerine liderliği tesis edin.
12. Örgüt içerisinde şeffaflığı, güveni ve bağlılığı tesis edin.
13. Eğitimin önemine inanın ve gereğini yapın.
14. Bu felsefeyi kurumda herkese aşılayın ve sorumluluğu bütün kuruma dağıtın.

Bu felsefeden yola çıkarak, kalite çalışmalarına personeli dahil etmek ve onların güçlendirilmesi gerekmektedir. Kalite ve yönetim çalışmaları çeşitli yazarlar ve kalite öncüleri tarafından üst üste konularak birikimli bir şekilde günümüze gelmiştir. Günümüzde modern yönetim yaklaşımlarından biri olarak bilinen ve toplam kalite yönetimi olarak adlandırılan bu felsefenin altında yönetim literatürünün bilgi birikimi vardır ve şu 4 temelin üzerinde durmaktadır; tüketicinin beklentileri ve tatmini, sürekli iyileştirme, kalite çemberleri ve personelin katılımı (Kelly, 2003:12). Toplam Kalite Yönetimi'nin arkasındaki felsefeyi Deming'in yönetim felsefinde de görmek mümkündür. Anderson vd. (1994) Deming'in yönetim felsefesini, Delphi tekniğinden de yararlanarak şu başlıklarda ele almaktadır;

- Vizyoner Liderlik: İç yönetimde kontrol rolünün aksine değişime, dönüşüme öğrenmeye ve vizyon belirlemeye önderlik etme isteğine sahip katılımcı koçluk stilinde bir liderlik, kalite ve iyileştirme çalışmalarında önemli bir unsurdur.
- İç ve Dış İşbirliği: Gerek kurum içinde gerek dış çevre unsurlarıyla (tedarikçi firma, geri ödeyici kurum, toplum vb.) iletişim kanalları açık tutulup işbirliği sağlanarak korku yerine güven ortamının tesis edilmesi bir diğer gerekli unsurdur.
- Öğrenme: Sürekli öğrenen bir organizasyon olabilme ve bu kültürün kurum genelinde tesis edilmesi sürekli geliştirme ve güçlendirme sağlayarak kurum performansının artmasında önemlidir.
- Süreç Yönetimi: Sonuçlardan ilgilenmekten ziyade süreçle ilgilenip bütüncül bir bakış açısıyla problemleri gidermek personelin motivasyon ve performansının genelde kurum performansının artmasında etkilidir.

- Sürekli Geliştirme: Kurumun süreç, ürün veya hizmetlerinde sürekli iyileştirmeler yapma eğiliminde olduğu bilinç ve kültür, kurum performansını artırmada önemli etkiye sahiptir.
- Müşteri Memnuniyeti: Bir kurumun, tüketici ihtiyaç ve beklentilerini tespit edip buna yönelik düzenlemeler yapması müşteri odaklı çalışmadır. Bu durum kalite çalışmalarında çok büyük öneme sahiptir.

Yukarıda sıralanan kalite yönetim felsefesini doğrulayıcı bir örnek olarak; sağlık kurumlarında yönetimin liderliği ve yürütmüş olduğu kalite faaliyetleri, personel seçimi ve eğitimi, örgütsel işbirliği, teknolojik yatırımlarla bütüncül bir bakış açısıyla sistem olarak ele alınmasının sağlık hizmetlerinde çıktı kalitesini doğrudan ve pozitif yönde etkilemesi gösterilebilir (Li, 1997). Aynı çalışmada yer alan diğer sonuç ise, hizmet kullanıcıları ile doğrudan temasta bulunan personelin, tüketicinin kalite algısına doğrudan etki etmesidir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Bir ülkedeki insanların sağlıklı bir şekilde doğması, yaşaması ve yaşlanması, o ülkenin refahı ve kalkınmasındaki temel koşullardan birisidir. Bu koşul, insanlara sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenli, erişilebilir ve maliyet etkili olması ile sağlanabilir (Duggirala vd., 2008).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin çok çeşitli tanımları yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite; hasta, hasta yakını, sağlık tesisi yöneticisi, geri ödeyici kurum ve kuruluşlar ve politikacılar için farklı anlamlara gelmektedir (Mosadeghrad, 2013; Collins ve Mannon, 2015:xi). Institute of Medicine (IOM) tanımlamasına göre sağlık hizmetlerinde kalite; bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin istenen sonuçların alınma olasılığını artırma ve mevcut mesleki bilgi ile tutarlılık derecesidir (IOM, 1992). Başka bir tanımlamayla kalite; Ovretveit tarafından, “sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların tam ve etkili bir biçimde, kaynaklar israf edilmeden ve hasar verilmeden hizmetin, otoriteler ve alıcılar tarafından belirlenen sınırlar içerisinde organize edilmesidir” (akt. Curry ve Sinclair, 2002).

Sağlık hizmetlerinde kalite, birçok insan için çok farklı anlamlar ifade eden bir kelimedir. Bireyler için kaliteli sağlık hizmeti nedir diye sorulduğunda, binanın temizliği, kayıt işlemlerinin aksamadan ilerlemesi, bekleme süresinin kısalığı, yiyeceklerin lezzeti ve sıcaklığı iken kimileri için ise, olumlu tedavi çıktıları, iletişim ve ilgiyi de kapsayan hasta deneyimlerinin tümüdür (Collins ve Mannon, 2015:xi). Sağlık hizmetlerinde kalitenin birçok tanımı yapılmıştır. Bu tanımların barındırdıkları bazı ortak unsurlar Tablo 2.2’de verilmiştir.

Tablo 2.2:Sağlık Hizmetlerinde Farklı Kalite Tanımlarının İçerik Tablosu

Donabedian	Maxwell	NHS*	Avrupa Konseyi	NLHI of JCAHO**	IOM***	DSÖ
1988	1992	1997	1998	1999	2001	2006
Etkililik	Etkililik	Etkililik	Etkililik	Etkililik	Etkililik	Etkililik
Verimlilik	Verimlilik	Verimlilik	Verimlilik	Verimlilik	Verimlilik	Verimlilik
Erişim	Erişim	Adil Erişim	Erişim	Erişim		Erişim
Güvenlik	Güvenlik		Güvenlik	Güvenlik	Saygı / Güvenlik	Güvenlik
Uygunluk	Uygunluk		Uygunluk	Uygunluk		
Hakkaniyet	Hakkaniyet				Hakkaniyet	Hakkaniyet
		Zamanlılık		Zamanlılık	Zamanlılık	
	Kabul Edilebilirlik		Kabul Edilebilirlik			Kabul Edilebilirlik
	Seçenek/ Bilgi Mevcudiyeti	Hasta Bakım Deneyimi	Hasta Memnuniyeti		Cevap Verebilirlik / Hasta Merkezlilik	Hasta Merkezlilik
Sağlığın İyileştirilmesi	Temel Yetkinlik	Etkinlik	Etkinlik			
					Devamlılık	
	İlgililik		Değerlendirme	Koruma / Erken Tespit		

Kaynak: DSÖ (2008). Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu. Çeviri: TC Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.

*NHS:National Health Service **National Library of Healthcare Indicators –Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ***Institute of Medicine (Amerikan Tıp Kurumu)

Sağlık hizmetlerinin dinamik ve rekabetçi yapısından dolayı kalite kavramı tüm sunucular için gittikçe önemli bir hale gelmiştir. Yoğun tartışmalar sonucunda sağlık hizmetlerinin son tüketicilerinin beklenti ve görüşlerinin de sisteme dahil edilmesinin gerekliliği gündeme gelmiştir. Bundan dolayı sağlık kurumları, sağlık hizmetlerinde kaliteyi teknik ve algılanan kalite olarak değerlendirip iki unsura yönelik iyileştirmeler yapmalıdır (Zifko-Baliga ve Krampf, 1997). Örneğin İngiltere’de “Herkes İçin Yüksek Kaliteli Hizmet” vizyonu ile tutarlı ve sistem çapında sürekli iyileştirmeye yönelik bir örgüt kültürü yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Bunun neticesinde birey ve kuruluşlara sürekli kaliteyi iyileştirmek için hesap verme sorumluluğunu yükleyen 2012 tarihli Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası çıkarılmıştır ve kurumlar klinik göstergeler, güvenlik ve hasta deneyimini üçlemesini barındıran sürekli iyileştirmeye yönelik faaliyet yürütmektedir (OECD, 2016:62).

2000’li yılların hemen öncesinde, birçok sektörde benimsenen ve önem atfedilen kalite kavramı sağlık sektöründe de hızla yayılmıştır. Kalite öncülerinin tüketici beklentilerine önem vermesi, toplam kalite yönetimi, kaizen (sürekli iyileştirme) gibi kapsamlı kalite yaklaşımları sağlık hizmetlerinin rutini olmayı başarmıştır. Bugün artık birçok yönetici ve politikacı kalitenin ve kalite iyileştirme faaliyetlerinin bir gereklilik olduğunu düşünmektedir (Rooney ve Ostenberg, 1999).

Hastalar onuruna yaraşır, saygılı ve kaliteli bir hizmet almayı beklemektedir. Kaliteli sağlık hizmeti beklentisi ve endişesinin en az sağlık hizmetleri kadar tarihi olduğu düşünülür (Kaya, 2005:17). Ancak geçerli, güvenilir, kendine has bir metodu bulunan sağlık hizmetlerinin, kaliteli olma beklenti ve gayretleri günümüze yakın bir zamana dayanır. Varkey vd. (2007) istatistiksel kalite çalışmalarının 1931 yılında Shewhart tarafından başlatıldığını belirtmiş olsa da, 1820-1910 yılları arasında yaşamış, modern hemşireliğin kurucusu olarak da anılan Florence Nightingale isimli bir hemşire, Selimiye Kışlası’ndaki yaralı İngiliz askerlerle ilgilenirken yaptığı keşifler ve istatistiki ölçümlerle profesyonel anlamda sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gelişmesine öncülük etmiştir. Sağlık hizmeti sunulan ortamın sağlık çıktılarına doğrudan etkisi olduğunu yaptığı istatistiki çalışmalarla kanıtlamıştır (Cohen, 1984). Florence Nightingale dışında Ernest

Godman ve Walter Shewhart'ın da sağlıkta kalite üzerine istatistiki çalışmaları bulunmaktadır (Harrington ve Pigman, 2010:30).

Kalite başta sonuç (ıktı) olarak ele alınmaktaydı. Örneğin; tedavisi mümkün olan bir hastalık için tam şifa haliyle taburcu olmak yeterli kalite düzeyinde bir sonuken, tedavisi mümkün olmayan bir hizmete kaliteli denilemezdi (Chassin, 1998). Ancak 1960'lı yıllardan itibaren salt çıktı ölçümlerine ek olarak, sağlık hizmetlerinde kalite, Donabedian'ın çalışması neticesinde çıktı kalitesini artırmada önemli bir etken olarak yapı süreç ve sonuç şeklinde ele alınmaktadır (Harrington ve Pigman, 2010:31). Dolayısıyla yapı, süreç ve çıktıya yönelik kalite ölçülmeli ve iyileştirmeler yapılması önemlidir (Donabedian, 1988).

Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmelerinin önünde çevresel, ekonomik, politik, teknolojik, hukuki, kültürel, kaynakasal, küresel bir takım engeller vardır (Ziegenfuss Jr. ve Biancaniello, 2010:79). Bundan dolayı kalite ölçüm ve iyileştirmeye yönelik hedef odaklı, etkili ve tutarlı ulusal bir çaba gereklidir (IOM, 2006:2).

Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirilirken bazı kısıtlılıkların olduğu bilinmelidir. Örneğin bazı çıktıların kalitesini - kanser tedavisi veya psikoterapiler gibi - değerlendirebilmek için uzunca bir süreye ihtiyaç vardır. Bu süre 5 yıla kadar çıkabilmektedir. Böylesi bir kalite değerlendirmesi yapıp, iyileştirmeler yapabilmek için verileri bilgiye dönüştürmek her zaman mümkün olmayabilir (Donabedian, 1966; Porter, 2010). Bu noktada sağlık hizmetlerinde kalite ölçümünde sonuç odaklı değerlendirmeye birlikte Donabedian'ın sağlık hizmetleri literatürüne katkısı olan yapı, süreç ve çıktıyı sentezleyen değerlendirmelerin yapılmasının daha uygun olacağı söylenebilir (Donabedian, 1988).

Sağlık hizmetlerinin bu özelliklerinin yanında, tüketicilerin birbirinden çok farklı ihtiyaçları olabilir. Örneğin aynı şikayetle gelen iki hastaya farklı ek tanılar konulabilir, kimi vakalar daha karmaşık olup komplikasyona neden olabilir, bazı hastalar düzenli bakıma muhtaçken bazısı iletişime, bazısı ise acil müdahalelere

muhtaç olabilir. Hizmet sunan personelin yetkinliği, hastanın bilgi düzeyi ve geçmişi, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Sağlıkta giderlerin artıp gelirlerin daraldığı, aynı zamanda beklentilerin arttığı günümüzde; kapanma riskiyle karşı karşıya bulunan birçok kurum ve kuruluş, sağlıkta kalite ölçüm ve iyileştirmelerine hem hasta hakları hem de mali dengeler açısından önem vermelidir (Jun vd., 1998). Dolayısıyla sağlık ekonomisi, finansman, sürdürülebilirlik ve bütüncül sağlık hizmeti sunma hususlarından dolayı sağlık kurumlarında kalite çalışmalarına önem vermek bir zorunluluk haline gelmiştir (Anderson, 1995).

Sağlık hizmetlerinde kalite kültürü ve bilincinin ders sıralarından itibaren oluşturulması felsefesiyle TCSB Sağlıkta Verimlilik Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından sağlık profesyonelleri yetiştiren bölümlerin YÖK müfredatına kalite derslerinin eklenmesi önerilmiş ve üniversitelerin ilgili birimlerine resmi yazı yazılacağı belirtilmiştir (SVKADB, 2019).

Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşmak ve sürdürülebilir olmasını sağlamak için tarafların bazı uygulama ve davranışlarda bulunması gerekmektedir (WHO, 2018:75);

Devlet ve politikacılar;

- Ulusal bir kalite politikası oluşturup hedefler ve stratejiler geliştirmelidir.
- Güvenli ve yüksek kaliteli hizmet sunma sorumluluğunun bilincinde olmalıdır.
- Evrensel sağlık reformlarının ve bakım sistemlerinin temelini oluşturmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin ölçülmesi ve raporlanabilmesi için bilgi sistemi ve teknolojisinin alt yapısını kurmalıdır.
- Mevcut ve hedeflenen kalite düzeyi arasındaki boşluğu kapatmalıdır.
- Hizmet sunucu ve kullanıcıları arasındaki ortaklıkları güçlendirmelidir.
- Yüksek kaliteli hizmetin sunulması için nüfusun ihtiyaç ve taleplerini karşılayabilecek nitelikli personelin yetiştirilmesi ve istihdamını sağlamalıdır.
- Satın alma ve finansman sürecini değer temelli bir odakla yürütmelidir.
- Kalite iyileştirme çalışmalarına kaynak sağlamalıdır.

Sağlık sistemi;

- İyileştirmeleri yapmak için kanıta dayalı uygulamaları yerleştirilmelidir.

- En iyi performansa ulaşmak için benzer sistemlerle kıyaslama yapılmalıdır.
- Kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşam kalitesinin önündeki engeller en aza indirilmelidir.
- Önce zarar vermeme kültürü oluşturulmalıdır.
- Sürekli öğrenip gelişebilen bir alt yapı oluşturulmalıdır.
- İyileştirme faaliyetleri için teknik destek ve bilgi paylaşımı sağlanmalıdır.

Toplum;

- Bireyler kendi sağlık düzeyini optimize etme konusunda güçlendirilmelidir.
- Toplumun ihtiyacı olan hizmetlerin tasarlanmasında aktif rol almalıdır.
- Yüksek kalite düzeyinde modern hizmete erişim hakkı olduğu konusunda bilinçlenmelidir.
- Kendi uzun dönemli sağlığını koruyup geliştirebilmek için bilgi ve destek alıp beceri kazanmalıdır.

Sağlık personeli;

- Kalite ölçüm ve iyileştirme çalışmalarına katılıp destek vermelidir.
- Ekip çalışmasını felsefe haline getirmelidir.
- Hastaları hizmet sunumunun bir paydaşı olarak görmelidir.
- Etkili ve güvenli bakımın sağlanması için bilgi sağlama ve paylaşma konusunda gönüllü olmalıdır.

2.2.1. Teknik Kalite ve Algılanan Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalitenin iki bileşeni vardır; pratikte; teknik standartlara uygunluk diğeri ise algıda kalite; tüketici beklentilerine uygundur. Sağlık hizmetlerinde kalitenin tek başına teknik veya fonksiyonel olarak ölçülmesi mutlak kalite sonuçları demek değildir. Ancak başarılı kalite göstergeleri olarak kabul edilebilirler. Sağlık yöneticileri, uzun dönemli başarıyı sağlamak için hem teknik hem de fonksiyonel kaliteyi izleyip yönetmelidir (Babakus ve Mangold, 1992; Omachonu, 1990).

Teknik ve algılanan kalite kavramına bir mücevher olan elmas üzerinden örnek verilecek olunursa; elmasın kalitesi belirlenirken 4C kuralı kullanılmaktadır; cut (kesim), color (renk), clarity (parlaklık) ve carat (karat) gibi özellikler neticesinde buna menşei ülkesi de dahil olmak üzere kalite ölçümü yapılmaktadır. Bu özellikler elmasın teknik kalitesini belirler. Diğer taraftan müşterinin gözüne hitap etmesi, satış yapan personelin iletişim becerisi, mağazanın görsel çekiciliği, ulaşım, koku, ışık, ferahlık, ses gibi unsurlar da tüketicinin o elmasa ilişkin kalite algılarını ve düşüncelerini etkilemektedir (Oliver, 1997 akt. Sütütemiz, 2015:65)

Sağlık sektöründe durumsallık ve öncelik faktörü daima göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, kırık boyun tedavisi gören bir hastanın tek önceliği hayata dönmek olabilir. Dolayısıyla burada algılanan kalite geri plandadır. Bunun haricinde hastalar, arka plandaki rutin teknik kontrollerin farkında olmazlar (soğuk zincire uyulma, 24 saat sonra kateterin çıkarılması, antibiyotiğe başlamadan önce kan kültürünün kontrol edilmesi, alerjen uyarısı gibi) fakat hasta veya yakınları gereksiz bekleme sürelerinin, personelin kendilerine karşı tutumunun, uygunsuz koridor, merdiven, asansör, yemek vb. faktörlerin farkına varırlar. Bu faktörler hastaların kalite değerlendirmelerinde önemli bir alt yapı oluşturur (Collins ve Mannon, 2015: 49).

Teknik ve algılanan (fonksiyonel) kaliteyi sentezleyebilen kalite ölçümleri kurum hakkında daha nitelikli ve güvenilir kalite sonuçları verebilir (Tarcan, 2006). Klinik ve fonksiyonel açıdan kalite iyileştirmeleri kurumun finansal başarılar elde etmesinde anahtar rol oynayabilir (Dlugacz, 2012:92). Teknik ve algılanan kaliteyi sentezleyebilen bir ölçüme Baylor Health Care System'in uygulaması örnek verilebilir. Bu uygulamaya ilişkin bilgiye ölçüm yöntemleri bölümünde yer verilmiştir.

2.2.1.1. Teknik Kalite

Sağlık hizmetlerinde klinik kalite olarak da adlandırılan teknik kalite; kurumların temel yeteneklerindeki kaliteye işaret etmektedir. Sağlık kurumlarının

temel yeteneği tıbbi hizmet sunmasıdır. Dolayısıyla bir sağlık kurumundan beklenen, bu hizmetlerin güncel, bilimsel norm ve standartlara uygun bir biçimde sunmasıdır.

Hastalar bakımının teknik kalitesinden endişe duyup ölçmek istese de bunu yapabilmeleri genellikle mümkün değildir. Bu yüzden devletin, akredite edici kurumların veya tıbbi uzmanlık kuruluşlarının toplum adına sağlıkta tıbbi kaliteyi denetleme ve tesis etme sorumlulukları bulunmaktadır (Ransom vd., 2004:30).

Ülkemizde sağlık alanında son dönemde kalite farkındalığı ve çalışmaları artsa da klinik, teknik boyutu tamamen kapsayan çalışmalar aksatılabilmektedir. Klinik bakım kalitesini standartlaştırma, ölçme ve geliştirmeye yönelik bazı bakanlık programları bulunmaktadır. Bunlara “Türkiye Klinik Kalite Programı” “TCSB Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi 2017” ve (SKS- Hastane Setleri” örnek gösterilebilir (Avcı, 2017).

Sağlık hizmetlerinde klinik kalite ölçüm ve geliştirmeleri şu amaçlarla yapılmaktadır (QIO, 2014; Rumoro vd., 2017) ;

- Olumlu sağlık çıktıları,
- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması,
- Koordineli bakımı sağlama,
- Hasta hakları,
- Toplum sağlığını geliştirme,
- Kaynakların etkili ve verimli kullanımı ve
- Güvenli, verimli, adil, hasta merkezli bakım sağlama

2.2.1.2. Algılanan Kalite

Hizmet kalitesi genellikle tüketicilerin algıları ile birlikte ele alınmış ve tanımlanmıştır (Anderson, 1995). Bu duruma sağlık sektörüne has olan asimetrik bilgi barındırma hususu da eklenmektedir. Dolayısıyla hasta veya yakınları cerrahın becerileri, pratisyen hekimin teşhis yetenekleri gibi birtakım teknik ve bilimsel geçerlilikleri doğru bir biçimde ölçme yeteneğine sahip değildir (Bakar vd., 2008).

Hasta veya yakınları teknik değerlendirmeler yerine hizmet sunumuna ilişkin tedavi planı, gecikmeler, taahhütlere uyma durumu, modern ekipmanlar, fiziki unsurlar, personel hasta ilişkileri, tesislere ulaşım, ses, temizlik, gibi faktörler aracılığıyla fonksiyonel değerlendirmeler yapmaktadırlar (Grönroos, 1984; Parasuraman vd., 1985; Anderson, 1995; Cleary ve Egdman Levitan, 1997; Collins ve Mannon, 2015: 49).

Hastaların memnun kaldığı bir hizmet teknik açıdan kaliteli olmayabilir. Fakat teknik açıdan yeterli ve etkili bir hizmetten hastaların memnun kalması, saygı görmesi, kararlara katılması, kurumun fiziksel ve sosyal imkanlarının hastalar için mümkün olduğunca seferber edilmesi, doğrudan veya dolaylı olarak daha olumlu sonuçlara yol açacaktır (Cleary ve Egdman Levitan, 1997).

Hizmet kalitesi, sol beyin (rasyonel) ve sağ beyin (duygusal) ile ortak olarak değerlendirilmektedir. Bu duygusal algılama ve değerlendirmeler, özellikle sosyal iletişim ve etkileşimin daha yoğun yaşandığı gelişmekte olan ülkelerde daha yoğundur (Malhotra vd, 1994 akt. Duggirila vd., 2008). Belirtilen bu durumun yanında hizmetlerin heterojen olması, üretim ve tüketimin aynı anda olması ve tüketicinin de üretim sürecine katılması hizmet kalitesinin fonksiyonel; tüketicilerin algıladığı yönünü ölçme ve geliştirmeyi önemli hale getirmektedir (Cheng Lim ve Nelson, 2000). Hastaların tıbbi hizmet kalitesinin fonksiyonel kalite yönünden değerlendirmesi bazı klinisyenleri rahatsız ederken, hastaların kurumu tercih etmesinde, sadık kalmasında ve tavsiye etmesinde çok önemli kriterler olarak görölmektedir (Ransom vd., 2014:30).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Hastalar bir hastanenin hizmet kalitesini 500 den fazla kriterle değerlendirebilmektedir ve çeşitli kalite çalışmalarında bu kriterler, yazarlar tarafından çeşitli boyutlar altında toplanılıp gruplanmıştır. Kalite ölçümü ve iyileştirmeler yapılırken, sağlık kurumunun türü ve bölgesi gibi özelliklere göre kalitenin boyutları değişebilecektir (Zifko Baliga ve Krampf, 1997). Bu ifadeden

standartlaştırılmış ölçek kullanmak yerine yerelleştirilmiş ama karşılaştırılabilir alt boyutlarla kalite ölçümü yapmak gerektiği anlaşılabilir.

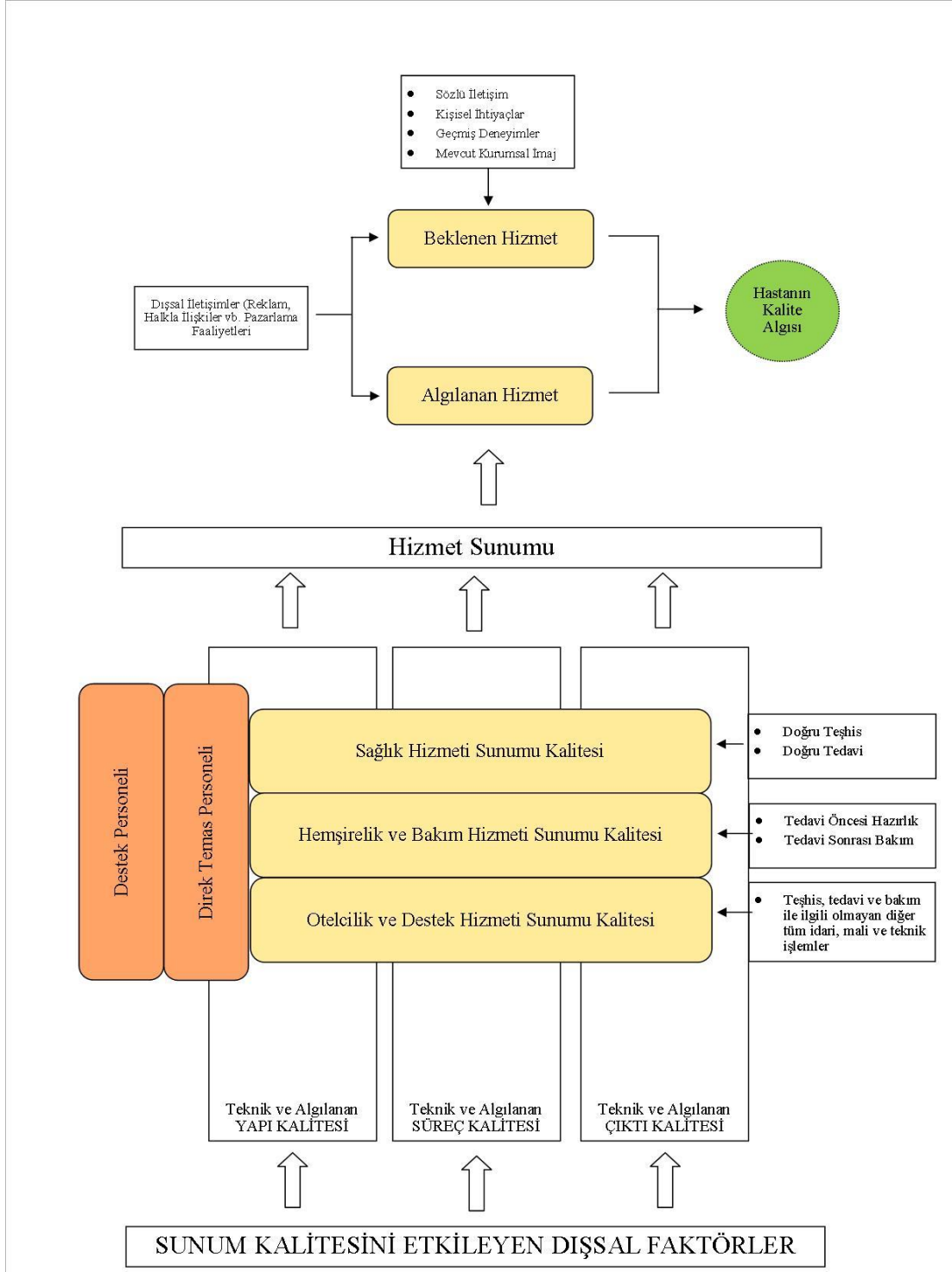
Yakın zamana kadar yapılan çalışmalar, sağlıkta kaliteye ulaşmak için; sağlık hizmetlerinin etkili, güvenli, verimli, zamanlı, hasta odaklı ve eşit olması gerektiğini belirtmektedir. Burada sayılan altı boyut temel olarak birçok kalite çalışmasında yer almaktadır (Berwick ve Joshi, 2004:4). Campbell'a (2000) göre sağlıkta kalitenin, tüm boyutları önemli olmakla birlikte temelinde erişim ve etkilik boyutu bulunmaktadır.

Sağlık sektöründe kalitenin boyutları konusunda farklı araştırmacılar farklı boyutların dahil edilmesi veya çıkarılması yönünde görüş bildirmektedir (Clemes vd., 2001; Edura ve Kamaruzaman, 2009). Bu durum sağlık hizmetinin soyut olması, tanımının zor yapıyor olması ve bakış açısına göre içerisinde birçok unsur barındırmasından kaynaklanabilir.

Kalitenin tanımını yaparken ele alınan boyutlar muhtemel olarak sağlık hizmetini değerlendirirken hangi yön ve yöntemler üzerinde durulacağına büyük etkiye sahiptir (Donabedian, 1966). Porter'a (2010) göre sağlık hizmetlerinde kalitenin bir alt boyutundaki iyileştirme, başka bir boyuta olumlu etki yapabilir. Aynı şekilde bir boyuttaki kalite noksanlığı başka bir boyutta negatif etkilere neden olabilmektedir. Çalışmanın bu bölümünde bahsi geçen bu hizmet kalitesi boyutlarından bazılarını, çeşitli yazarlar, kurumlar ve kuruluşların çalışmalarından esinlenilerek yer verilmiştir.

Sunulan sağlık hizmetinin kalitesi birçok unsurdan ve boyuttan etkilenmektedir. Bu doğrultuda Kayral (2015) sağlık hizmetlerinin teknik ve algılanan kalite yönünü Donabedian'ın ortaya koyduğu yapı, süreç ve çıktıda kalite ile sentezleyerek, bir algılanan kalite akış modeli geliştirmiştir. Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite ismiyle geliştirilen bu model Şekil 2.1' de yer almaktadır.

Şekil 2.1: Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite Modeli



Kaynak: Kayral, İ. H. (2015). Beklenen-Gerçekleşen- Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite. Detay Yayıncılık

2.2.2.1. Güvenilirlik

Hizmetin güvenilirliği kavramı; hizmet performansının tutarlı olması ve güven vermesi anlamına gelmektedir. Bu güven unsuru ilk seferde doğru işlem yapılması,

verilen taahhütlerin yerine getirilmesi ile sağlanır. Hem sürecin uygulanışına yönelik hem de faturalandırma, kayıt tutma, hata bildirimleri ve bildirimlere yönelik işlemlerin yapılması aşamalarını da kapsamaktadır (Parasuraman vd., 1985). Özetle güvenilirlik, söz verilen hizmetin taahhütlere uygun, doğru ve güvenilir bir biçimde gerçekleştirilmesidir (Bryson ve Curry, 2001).

2.2.2.2. Yeterlilik, Süreklilik

Mevcut ve gelecekteki bakıma ilişkin bakım protokollerinin hasta yatışından önce belirlenip tutarlı, esnek ve kesintisiz bir sağlık hizmetinin sunulmasıdır ve hizmet kullanıcısı ile sunucunun birbirini sahiplenip bakım kalitesini artırmayı hedeflemektedir (Haggerty vd., 2003). Sağlık hizmetlerinin bölünmeden ve tam nitelikte sunulması gerekmektedir. Süreklilik boyutu diğer bazı boyutlarla doğrudan ilişki içerisindedir. Buna örnek olarak, erişilemeyen bir sağlık hizmetinin sürekli olamaması durumu verilebilir.

2.2.2.3. Erişebilirlik ve Mali Katılabilirlik

Sağlık hizmetine erişimin, fiziki olarak erişim ve mali olarak erişimden oluşan iki boyutu bulunmaktadır. Genel olarak sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin ihtiyaçları oranında etkili hizmete ulaşabilme derecesi olarak tanımlanabilmektedir (Campbell, 2000).

Hizmetlere kolay erişimin sağlanması, tesisin yeri, telefonla ulaşım, sonuçlara ulaşım, hizmet süreç tasarımları, kurum kaynaklı gecikme ve zaman israfının önlenmesi gibi unsurlar kaliteli sağlık hizmetlerinin önemli unsurlarındandır (Parasuraman vd, 1985)

Sağlık hizmetlerinde, güncel ileri teknoloji bulunması ve emek yoğun bir sektör olması gibi sebeplerle maliyetler yüksektir. Bundan dolayı hastalar sağlığın mali riskine karşı korunmalı ve yüksek faturalara karşı dayanışma barındıran sigorta sistemi veya farklı finansman modelleri sunulmalıdır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti talep edildiğinde kişinin, statüsü, inanç ve düşünceleri, yaşı, cinsiyeti vs. özellikleri nedeniyle hizmete erişim kısıtı olmamalıdır (Donabedian, 2002: 18).

2.2.2.4. Nezaket ve Saygınlık

Hizmet kullanıcısıyla birebir etkileşimde bulunan personelin kibarlığı, saygısı ve cana yakınlığı ile ilgilidir (Parasuraman vd., 1985).

2.2.2.5. İletişim

Parasuraman ve diğerlerine (1985) göre kaliteli hizmetin iletişim boyutu, her kesimden müşteri ile onların anlayabileceği ve memnun kalabileceği bir dil ile iletişim kurabilmeyi gerektirir. Hizmetlerin ne olduğu, bedelinin ne olduğu, maliyet etkililiği ve etkinlik garantisi vermeyi içermelidir.

Sağlık hizmeti talebinde bulunan kimseler güler yüzlü ve anlayışlı sağlık personeli görmek, kaliteli sağlık hizmeti alıp tatmin olmak istemektedirler (Parlayan ve Dökme, 2016). Sağlık personeli hasta ve hasta yakını ilişkisi bir sohbet değil, teşhis ve tedavi sürecinin omurgası olan ve olumlu çıktılar üzerinde etkisi olup hasta ve yakınlarının kalite değerlendirmelerinde önemli etkiye sahip bir boyuttur (Atilla vd., 2012).

Hasta hekim iletişimi ve problemlerin teşhisi üzerine yapılan bir çalışmada hekimlerin, iletişim probleminin kaynağını hasta olarak gördüğünde birkaç kez tekrar ettiğini diğer taraftan hastaların, iletişim problemlerinin kaynağını hekimler olarak gördüklerinde, hekim ve kurum değiştirdikleri belirtilmiştir (Atilla vd., 2012). Dolayısıyla iletişim boyutu hasta ve yakınlarının kalite algılarını doğrudan etkileyebilmektedir (Babakus ve Mangold, 1992).

2.2.2.6. Empati

Hizmet sektöründe etkileşim ve karşı tarafı anlama ihtiyaç ve beklentilerine gönülden cevap verme, işi ve tüketiciyi anlayıp sevmeye boyutu empati olarak adlandırılabilir. Çünkü hizmetler, ürünlerin aksine bir ruha sahiptir ve tüketici ile sunucu, girdi, süreç ve çıktıda dolayısıyla sistemin birçok yerinde yan yana yer almaktadır. Bu sebeple sağlık gibi sosyal yönü ağır basan hizmet sektöründe personelin işini, tüketiciyi sevmesi ve özel emek harcaması hizmet kalitesinin

artmasında önemli bir yere sahiptir (Gummesson, 1991). Hasta ve hasta yakınlarının, kendilerine özel ilgi ve bakım sunulduğunu hissetmesiyle oluşmaktadır.

2.2.2.7. Fiziki Unsurlar

Fiziki unsurlar boyutu, somutluk ve elle tutulabilirlik olarak da kullanılmaktadır. Hizmetler, Cowell'ın 1984'teki söylemiyle; satın alınmadan önce tadına bakılamayan, görülmeyen, hissedilmeyen, koklanmayan veya işitilmeyen şeylerdir (akt. Santos, 2002). Ancak hizmetler, sunulduğu ortamın yeniliği, temizliği, araç, gereç, cihaz ve donanımların modern olup stabil çalışıyor olması, bekleme salonları, ışıklandırma, hasta yatağı, konum, mahremiyet, iç dekor, tasarım vb. özellikleri itibariyle tüketicilerin algılarında fiziki bir nitelik kazanabilirler (Jun vd., 1998; Lehtinen ve Lehtinen 1991; Parasuraman vd., 1991; Santos, 2002; Duggirala vd., 2008).

2.2.2.8. Yasallık

Sunulan hizmetin etik değerlere, normlara, yasa ve düzenlemelere uygun bir biçimde toplumca kabul edilen standartlarda sunulması ile ilgili olan boyuttur (Kaya, 2005:11).

2.2.2.9. Tüketici Merkezlilik

Tüketici merkezlilik boyutu, tüketicilerin bilgilendirilmesi, ve taleplerinin dikkate alınması, kaygı ve endişelerinin giderilmesi ile ilgilidir (Dlugacz, 2012: 122).

Sağlık hizmetinde tedavi, bakım sürecine ve kararlara bilgilendirilmiş tüketicilerin de katılması hem olumlu sonuçlar alınmasında hem de tüketici memnuniyetinin sağlanması hususunda önemli bir yere sahiptir (Kaya, 2005:15). Tüketici merkezlilik, bakım yönetimini bireyin ihtiyaçlarına göre esnetebilmeyi amaçlamaktadır (Haggerty vd., 2003). Ancak, bu noktada sağlık hizmetlerinin asimetrik bilgi barındırma durumu unutulmamalıdır. Örneğin bir hasta enjeksiyon yerine ilaç isteyebilir ama bu kişiye ve hastalığa bağlı olarak en iyi tedavi yöntemi olmayabilir aynı şekilde eşit çıktılar için çok yüksek maliyetli tedavi seçimi de verimli bir hizmet sunumu sağlamayabilir (Lee, 2017).

Picker Commonwealth Hasta Merkezli Bakım Programı'nda hasta merkezli bakımın 7 elementi yer almaktadır. Bunlar (Saha vd., 2008) ;

- Hastanın değerlerine, tercihlerine ve ifade edilen ihtiyaçlarına saygı duyulması,
- Bakımın koordinasyonu ve entegrasyonunun sağlanması,
- Bilgi, iletişim ve eğitim gereklerinin yerine getirilmesi,
- Fiziki açıdan rahat ortamın sunulması,
- Duygusal destek sağlanıp, kaygıların giderilmesi,
- Hasta yakınlarının katılımının sağlanması,
- Sürekliliğin sağlanmasıdır.

Maddelerden anlaşılacağı üzere hasta merkezlilik boyutu sağlıkta kalitenin diğer birçok boyutu ile yakın ilişki içerisinde.

2.2.2.10. Bütüncüllük

Bütünleştirici sağlık bakımı iki veya daha fazla disiplinin veya hastaya faydası olacak farklı bakım anlayışlarını içeren pratiği ifade eder (Frisch ve Rabinowitsch, 2019). Hastanın şikayeti sebebiyle teşhis ve tedavi süreci işletilirken kök nedenlerinin analiz edilmesi bunlara yönelik tedavi girişimlerinin de başlatılması veya tedavi sonrası farklı birimlere nakil gereken durumlarda örneğin; bir uzvunu kaybeden hastanın sağlık durumu normale döndükten sonra, fizik tedavi, manevi veya psikososyal, estetik vb. birimlere nakledilmesi gibi hizmetlerin bütüncül ve hasta odaklı bir biçimde ele alınmasını gerektirmektedir (Patterson, 1998). Bireyin kuruma başvurmasıyla ortaya çıkan komplike durumları varsa, sadece şikayetin giderilmesi bütüncül ve kaliteli bir sağlık hizmeti ile bağdaşmamaktadır.

2.2.2.11. Öncelik

Kaynakların sınırlı olup sağlık ihtiyaçlarının, her zaman bu sınırlı kaynakların üzerinde seyir etmesiyle birlikte kaynakların adil, eşit ve kabul edilebilir rasyonellikle dağıtılıp hizmet sunulması ile ilgilidir. Bu kapsamda sağlık hizmetinin finansmanı çeşitli kriterler göz önüne alınarak yapılan analizler sonucu bazı hizmetlere öncelik verilmelidir (Top, 2006).

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçüm Yöntemleri

Kalite ölçüm yöntemlerine geçmeden önce cevap verilmesi gereken bir soru; sağlık hizmetlerinde kalite neden ölçülmeli ve iyileştirmelidir sorusudur. Barrington ve Olsen (1987) bu soruyu şu maddeler ile cevaplamıştır;

- Demografik değişimler, nüfusun artması ve harcanabilir gelirin artması,
- Sektörde rekabetin çetinleşmesi ve pazar payının daralması bunun yanında sağlıkta zincirleşmenin reklam ve imaj çalışmaları sonucunda daha talepkar bir tüketici profiline oluşması,
- Hizmet sektörünün başat bir konuma gelip halkın hizmetlere bağımlı hale gelmesi,
- Teknolojinin gelişmesi ve sağlık alanına etkileri,
- Bu değişimleri okuyabilecek personelin seçimi ve hizmet sektörü yöneticilerinin yönetmeye hazır bulunuşluk seviyesinin düşük olmasıdır.

Hizmet kalitesi ölçümü geçerli, güvenilir, anlaşılır, analiz edilebilir ve tüketici odaklı olmak zorundadır (Brook ve Kosecoff, 1988). Bir görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite ölçümleri 3 seviyede yapılır; mikro düzeyde ölçüm, hastaların tedavi sonucundaki hisleri ve düşünceleridir. Mezo düzeyde ölçüm, kurum personelinin takım çalışması, iş tutuşunun da dahil edildiği iç kalite ölçümleridir. Üçüncü ise, kurumun dış çevre unsurlarıyla iletişime girdiği makro düzeyde kalite ölçümlerinin yapılmasıdır (Chakraborty ve Kaynak, 2018).

Örneğin, İngiltere’de Bakım Kalitesi Komisyonu sağlık hizmetlerini (hastaneler, rehabilite edici merkezler, acil sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri, zihinsel sağlık hizmetleri, bakım evleri, doğum evleri, palyatif bakım merkezleri de dahil olmak üzere 5 temel soru ve 9 kriterle şeffaf bir değerlendirmeye tabi tutmaktadır (OECD, 2016:77). Bu sorular;

- Hizmet sunumu güvenli midir?
- Hizmet etkili midir?
- Hizmet beğeniliyor mu?
- Hizmet iyi yönetiliyor mu?

- Hizmet bireylerin ihtiyaçlarına cevap veriyor mu?

Kriterler ise;

- Bakım ve tedavi uygun ve bireyin beklentilerine uygun olarak sunulmalıdır.
- Hizmet kullanıcılarına sevgi ve saygılı davranılmalıdır.
- Bakım ve tedavi yalnızca rıza ile sağlanmalıdır.
- Bakım ve tedavi güvenli bir biçimde sağlanmalıdır.
- Hizmet kullanıcıları kötüye kullanım ve uygunsuz davranışa karşı korunmalıdır.
- Hizmet kullanıcılarının beslenme ve hidrasyon ihtiyaçları karşılanmalıdır.
- Kullanılan tüm bina, cihaz ve ekipmanlar temiz, güvenli, uygun bir biçimde kullanılmalıdır.
- Şikayetler uygun bir şekilde toplanmalı ve soruşturulmalıdır.

Sağlık kurumlarında kalite ölçümleri yapı, süreç ve çıktı odaklı olabilmektedir. Cleary (1997) araştırmasında çıktı odaklı kalite ölçümlerinin karmaşık ve yönetiminin zor olduğunu rapor etmektedir. Çalışmanın bu kısmında teknik ve algılanan kaliteyi ölçmenin bazı yöntemlerine değinilmiştir.

2.2.3.1. Teknik Kalite Ölçüm Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde teknik kalitenin ölçümü; uzun dönemi kapsayabilmesi, her branş ve işlem için ayrı ölçüm ve standartlarının olması ve yüksek uzmanlık düzeyi gerektirmesi gibi özellikleriyle çok karmaşık ve yönetimi zor olan bir süreçtir.

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite ölçümü girdi, süreç ve çıktıya yönelik çeşitli kriterlerle, oranlarla veya standartlarla yapılmaktadır. Bunlara örnek olarak, ortalama kalış süresi, enfeksiyon oranları, geri yatış oranları, sonuç önlemleri, düşme oranları, yan etkiler, bakım sırasında yaralanmalar, DALY, QALY, HRQL katsayıları gibi ölçütler gösterilebilir (Omachonu, 1990; Anderson, 1995; Cleary, 1997; SKS, 2016).

BHCS (Baylor Health Care System):

ABD Teksas'ta 11 entegre sağlık merkezi bulunan, Baylor Health Care System (BHCS); ABD Tıp Enstitüsü hedeflerine uygun bir stratejik kalite planı

neticesinde, teknik (klinik) ve algılanan kaliteye (fonksiyonel) yönelik göstergeler geliştirip ölçümler yaparak en iyi bakım uygulamalarını yerleştirmek ve geliştirmek istemektedir. İlaç kullanımı, tarama ve erken teşhis, kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı sevk hacmi, cerrahi enfeksiyon, yan etki, tekrar kabul gibi oranların yanında servis ve poliklinik hastaların memnuniyeti, hasta merkezli bakım gibi faktörlerle algılanan kalite, sentezci bir yaklaşımla ölçülmektedir (Ballard, 2004).

CMS (Centers for Medicaid & Medicare Services):

Amerikan Sağlık Bakanlığı'nın alt kuruluşudur ve dar gelirlilere sağlık güvencesi sağlamaktadır (CMS, 2018).

Tinker'a (2008) göre, sağlık hizmetlerinde teknik kalite ölçüm ve iyileştirmeleri şu 4 temel amaca ulaşmak için yapılır;

- Hasta bakım deneyimini iyileştirmek,
- Toplumun sağlık düzeyini artırmak,
- Sağlık hizmetlerinin kişi başına düşen maliyetini azaltmak,
- Klinisyen ve personelin tükenmişliğini engellemek.

Bu amaçlara ulaşmak için Central Medicaid Service (CMS)'in sağlık bakım hizmetinin aşağıda belirtilen 7 sonucu hesaplanır ve raporlanır; (Her bir kriterin kat sayısı yüzde olarak belirtilmiştir)

1. Ölüm Oranı %22
2. Bakım Güvenliği %22
3. Geri Kabul Oranı %22
4. Hasta Deneyimi %22
5. Bakımın Etkinliği %4
6. Bakımın Zamanlılığı %4
7. Tıbbi Görüntülemenin Verimli Kullanımı %4

Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)

National Committee for Quality Assurance (NCQA) tarafından geliştirilmiş teknik kalite standart ve ölçüm rehberidir. HEDIS'te 6 ana başlık 90 başlık altında teknik kalite standartları belirlenmiş ve bu standartlara uygunluk ölçümleri yapılarak kıyaslamalar yapılmaktadır. Kuruluş ayrıca akreditasyon ve sertifikasyon da

yapmaktadır. HEDIS’te yer alan bazı başlıklar şunlardır (HEDIS, 2019; Tarcan, 2006);

1. Bakımın Etkililiği

1.A.Önleme ve Tarama

1.A.1. Yetişkin BMI Değerlendirmesi

1.A.2.Beslenme- Fiziksel Aktivite Danışmanlık

1.A.3.Çocukluk Çağı Bağışıklama Durumu

.....

1.B Solunum Koşulları

1.C Kardiyovasküler Koşullar

1.D Şeker Hastalığı

1.E Kas İskelet Koşulları

1.F Davranışsal Sağlık

1.G İlaç Yönetimi ve Bakım Koordinasyonu

1.H Uygunluk

1.I Çıktı Ölçümleri

2. Erişim / Kullanılabilirlik

.....

SKS- Sağlık Kalite Standartları Rehberi:

TCSB Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından Hastane, Evde Bakım, 112 Acil Servis, Diyaliz Merkezi gibi tesislerde hizmet sunumunda standartlaştırmaya gidilmesi amacıyla çeşitli rehberler yayınlanmıştır. SKS Hastane Rehberi, kodlama sistemi kullanarak, kurum genelinde idari ve tıbbi alanlarda kalite standartları oluşturmuştur. Çeşitli hız ve oransal verilerle kurumlarda kalite ölçümü yapılabilmektedir (SKS, 2016). Bu kodlama ve oranlara örnek olarak;

Hasta Bakımı

GBHB01- Düşen Hasta Oranı

Radyasyon Güvenliği

GBRG02-Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı

Ameliyathane

GBAH01- Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı

Katarakt Operasyonu

GKKO07-Operasyon Sonrası 1 Ay İçerisinde Gerçekleştirilen Reoperasyon Oranı

gibi oranlar gösterilebilir.

2.2.3.2. Algılanan Kalite Ölçüm Yöntemleri

SERVQUAL Ölçeği

Hizmet sektörünün birçok alanında kullanılan SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği; Parasuraman vd. tarafından tüketicilerin kalite değerlendirmeleri araştırılıp ardından buna yönelik bir ölçek geliştirme çalışması ile oluşturulmuştur (Parasuraman vd.,1988; Parasuraman vd., 1991) ve hizmet sektörünün birçok alanında uzun yıllarca birçok yazar tarafından kullanılmıştır. Ölçek, 22 beklenen 22 algılanan kalite ifadesi ve aradaki farkın (boşluk-gap) 5 alt boyut için farklı farklı hesap edilmesiyle ölçüm yapmaktadır. Ölçek alt boyutları; fiziksel unsurlar (tangibles) güvenilirlik (reliability), sorumluluk (responsiveness), güvence (assurance), empathy (empati)dir. Beklentilerin ölçümleri etkilemesi sebebiyle eleştirilmektedir. Örneğin, aşırı beklenti içerisinde olup kaliteli bir şekilde sunulan hizmet veya kurum kaliteli hizmet sunarken düşük kaliteli çıkabilir. Keza hiçbir beklenti içine girilmeyen ölçümlerin yapıldığı kurum ve bireylerde düşük kaliteli olan hizmet yüksek kaliteli olarak hesap edilebilir (Kavuncubaşı, 2000:270 akt. Kayral, 2012)

SERVPERF Ölçeği

SERVPERF, alan yazında sıklıkla kullanılan SERVQUAL Hizmet Kalitesi Ölçeği'nin Cronin Jr and Taylor (1994) tarafından sağlık sektöründe daha güçlü sonuçlar vermesi nedeniyle güncellenmiş halidir. Yapılan analizler sonucunda, yaygınlıkla kullanılan SERVQUAL Ölçeği'nden daha güçlü test edebilme özelliğine sahip olduğu belirtilmektedir (Bülbül ve Demirer, 2008; Shafei vd. 2019). Ölçek SERVQUAL'de yer alan 22 algılanan kalite ifadesiyle ölçüm yapmaktadır. Bir nevi beklentilerin en yüksek olarak kabul edildiği bir yöntemdir. Ancak fark veya boşluk üzerinden hesaplama yapılmadığı için beklentinin düşüklüğü kaliteyi etkilememektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Tarım (2002) ve Kara vd. (2003)

tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlama ve geçerlilik yapılırken bir boyut daha eklenip faktör yükleri bulunarak geçerliliği analiz edilmiştir.

CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems) Ölçeği

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) tarafından geliştirilen ölçek hasta deneyimlerini personel ile iletişim, duyarlılık, temizlik, gürültü, taburcu sonrası bilgilendirme, genel değerlendirme gibi başlıklar altında ölçmektedir. CMS tarafından geliştirilen anket formu sürekli güncellenmektedir ve belirli bir ücret karşılığında anket formu kullanılıp analizi yapılabilmektedir (CAHPS, 2019).

Hizmet kalitesini ölçmek için, bu ölçeklerin dışında çeşitli çalışmalarda literatür taraması sonucunda anket formları oluşturulmuştur (Öztürk, 2014; Omprakash, 2015; Deniz, 2016).

2.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalite ile İlişkili Bazı Kavramlar

Bu bölümde; literatürde yer alan ve pratikte sağlık hizmeti kalitesini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek bazı kavramlara değinilmiştir.

2.4.1. Yalın Yönetim ve Kalite İlişkisi

Yalın metodoloji, üretim süreçleri içerisinde katma değeri olmayan faaliyetleri kaldırarak iyileştirmeyi amaçlayan bir felsefedir. Japon Toyota firmasında mühendis olarak çalışan Taiichi Ohno'nun sistemdeki israf ve verimsizliklerin üzerinde düşünmesiyle 1950'lerin başlarında ortaya çıkmıştır. II. Dünya Savaşı'nın ürün tedarik sürecinde Ford ve General Motors gibi şirketler aracılığıyla batı dünyasında da otomotiv endüstrisinde kullanılmıştır. Genel felsefesi itibariyle birçok sektöre uyarlanabilmektedir (Womack vd., 1990:11-13; Varkey vd., 2007:21). Yalın olarak adlandırılmıştır çünkü, John Krafcik'in deyimiyile; seri üretimle birlikte her şeyin yarısını kullanmayı amaçlar, emeğin yarısını, üretim alanının yarısını, yatırım amaçlarının yarısını, üretim süresinin yarısını fazlalık olarak görüp daha az fireyle daha fazla ürünü, tatmin ederek üretmeyi amaçlar (Womack vd., 1990:13,277).

Tüketiciye veya kuruma değer katmayan hatta zarar veren uygulamaların, israfların ve kayıpların azaltılması yoluyla kalite ve memnuniyetin artırılması, kimi zaman gelir artııcı kimi zaman gider azaltıcı bir şekilde sonuçlanır (Grabana, 2016:52; Womack vd., 1990:277). Tüketiciye değer katmayan ve ödemeye gönüllü olma durumuna etki eden, israf olarak da nitelendirilebilen unsurlara;

- Aşırı üretim veya üretim yetersizliği; viral enfeksiyonlarda antibiyotik reçete etmek,
- Yeniden işleme (montaj hataları); sonuca etki etmeyecek işlemler için hastayı kurum içerisinde tekrar tekrar farklı yerlere yönlendirmek,
- Fire, kayıp, gereksiz israflar, kimse tarafından okunmayacak materyalleri binlerce adet bastırmak,
- Gereksiz hareket (zayıf çalışma ergonomisi); hasta, personel veya hekimin gereksiz yere hareket etmesi,
- Gereksiz bekleme süreleri,
- Gereksiz prosedür ve bürokratik işlemler; aynı evrakın 3 nüsha halinde hazırlanıp farklı yerlere teslim edilmesi veya tek farklı durumlarda için tek ziyaret yetecekken tekrar tekrar hastanın ziyaret edilmesi örnek olarak verilebilir (Endsley vd., 2006).

Farklı ülkelerin sağlık sistemlerinde farklı sorunlar olsa da bazı problemler ortaktır ve bu problemler hayati öneme sahiptir. Bunlara sakatlanma, ölüme yol açan hatalar, yanlış reçete veya uygulama hataları gibi vakalar örnek gösterilebilir. Yalın yönetim felsefesine sahip olmak güvenli, etkin ve yüksek kaliteli hizmet sunma yolunda önemli bir adımdır (Grabana, 2016:39).

Sağlıkta maliyetlerin hızla artmasına rağmen kaynakların daralması, birçok hastaneyi mali açıdan tükenme noktasına getirmektedir. Bu noktada yalın felsefe ile kurumların iyileştirmeye dışardan değil de kendinden başlaması; en azından rutin işlemlerde önlenemez hataların önüne geçilmesi vakit, zaman, kaynak israfının önüne geçilebilecektir (Grabana, 2016: 30). Yalın yönetim, bunu başarmayı önerirken bireylerin değil, sistemin hatalı olduğunu bununla birlikte önlenemez hata ve kayıpların, bizzat o işi yapanların fikir ve önerilerine başvurarak sürekli bir gelişmeyle başarılacağını söyler. Dünyaca prestijli bir üniversite hastanesi

yöneticisinin “Ünlü hekimlerimiz, modern tedavi yöntemlerimiz ve tamamen bozuk bir sistemimiz var” söylemi, sağlık sektöründe problemin, gözden kaçan sistem ayrıntılarında olduğuna işaret etmektedir (Grabana, 2016:31).

Yalın kültür kalitenin temel bir bileşenidir, örneğin bir personel israfa neden olan bir durumu teşhis edip kendi uzmanlığı neticesinde bir çözüm önerisi getirebilir. Fakat, yönetim bu önerileri uygulamaları desteklemezse, ön ayak olmazsa kurumda aynı hatalar devam ederken personelin iyileştirmeye yönelik motivasyonu zedeleneyecek ve bu durum genel memnuniyetsizlik ve kalite puanlarına yansıtacaktır (Collins ve Mannon, 2015:46). Yalın yönetim kaliteyi artırdığı gibi kurumdaki kalite çalışmaları da değersiz işlemleri azaltıp israfı önleyip, zamana bağlı kayıpların önüne geçebilecek ve kurum içi ve dışı paydaşları olumlu yönde etkileyecektir (Christopher vd., 1991).

Aşağıda sağlık kurumlarının hangi amaçlarla yalın yönetime ihtiyaç duyup motive olduklarına dair bir anket çalışmasının sonuçları sıralanmaktadır (Grabana, 2016:260).

- Kalite artışı,
- Tekrar maliyetlerinde azalma,
- İşgücü yetersizlikleri,
- Maliyet baskıları,
- Çalışan memnuniyeti,
- Hasta güvenliği,
- Büyüme ihtiyacı,
- Bekleme sürelerinde azalma,
- Gelirleri artırma,
- Çalışan kaybının önlenmesi,
- Geri ödeme avantajları,
- Taburcu olmayı uzatıcı faktörlerde azalma,
- Laboratuvar süreleri

Bir kurum veya kuruluşu yalın hale getirmek için yapılması gerekenler, kullanılacak araç ve yöntemler şu şekilde sıralanabilir (Collins ve Mannon, 2015:80,100,194; Al Omar, 2011; Graban, 2016:139-152; Varkey vd., 2007)

- Çalışanların ve yönetimin duygusal sermayesinin hazırlığı ve eğitimi, örgüt kültürünü hazır hale getirme,
- Gerçekçi olma ve empati kurabilme
- KAİZEN (Sürekli iyileştirme)
- PUKO Döngüsü (Planla- Uygula- Kontrol et- Önlem al)
- Değer Akışı Haritalama (DAH/ VSM)
- 5S Stratejisi: Seiri (Sınıflandır) – Seiton (Sırala)- Seiso (Sil)- Seiketsu (Standartlaştır) - Shitsuke (Sürdür)
- Süreci Görselleştirme Teknikleri ve Kanban Tekniği
- Andon: Süreci durdurma ve kök neden analizi ile sorunu çözme,

Yalın yönetim başarı örnekleri;

Yeh vd. (2011) yılında Taiwan’da 778 yataklı bir özel hastanenin kardiyoloji ve acil servis biriminde akut miyokard enfarktüsünün tıbbi sürecini iyileştirmek için yalın metodolojinin kullanıldığı bir proje gerçekleştirmiştir. Proje sonucunda B2D süresinin %58.4 oranında kısaldığı ve yıllık bazda 4.42 milyon NT\$ tasarruf edildiği raporlanmıştır.

Glasgow vd. (2010) yalın uygulamalar meta analizinde 47 yayını incelemiş ve bu uygulamaların akut bakım sürecinde karşılaşılan çok çeşitli sorunların üstesinden gelmede başarılı olabileceğini belirtmiştir.

Charles Burger, Bangor Maine’de bir tıp kuruluşunun kalite çalışmalarına yalın tasarım yöntemlerini dahil etmiş ve katma değersiz birçok işlem barındıran süreçleri baştan tasarlamıştır. Çalışmaların sonucunda, hasta memnuniyetinin %89’dan %97’ye yükseldiğini ve hata bildirimlerinin %3’ten 0’a indiğini rapor etmiştir (Endsley vd., 2006).

Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (SDP Değerlendirme Raporu, 2012:267)'nda yer alan bazı yalın uygulama emirlerine şunlar örnek verilebilir;

- ❖ Kurumda mevcut olan belgeleri isteme.
- ❖ Noter tasdiki isteme, aslını gör, aslı gibidir onayla.
- ❖ Hizmeti talep edene en yakın noktada hizmet sun.
- ❖ Tek kapıda hizmet imkanlarını geliştir.
- ❖ Yetki devret.
- ❖ Engelliler için farklı iletişim, ulaşım, hizmet sunum kanallarını aç.
- ❖ Hizmet sunumda standart belirle.
- ❖ İstenen belgeleri açık açık belirt ve gereksiz belge isteme.
- ❖ Hizmet sunum süresini taahhüt et ve bu süreye uy.
- ❖ Başka kurumlarda olan belgeleri hastadan isteme ve istenildiğinde kurumlarla paylaş.
- ❖ Yazışmaları elektronik ortamda yap ve gereksiz yazışma yapma.
- ❖ Yazışmalarda paraf ve imza atan görevli sayısını azalt ve ara kademeleri kaldır.

2.4.2. Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kalite İlişkisi

Bilgi sistemleri örgütlerde karar alma ve denetim işlevlerini sağlamak amacıyla bilgiyi toplamak, işlemek, korumak ve sunmak üzere çalışan; personel, bilgisayar ve yöntemlerden oluşan bir sistemdir. Geleneksel yöntemlere göre daha az maliyetle daha iyi kalitede üretimi daha hızlı olarak gerçekleştirmede yardımcı bir unsurdur (Alacadağlı, 2019).

Sağlık bilişimi, sağlık hizmetlerinde verimliliği ve kaliteyi artırıp maliyetleri düşürme temel amacıyla, sağlık sektörüne teknolojinin dahil edilmesini ve yaygın olarak kullanılmasını amaçlayan multidisipliner bir alandır. Bilgi sistemlerinin sağlık sektöründe kullanımı diğer sektörlere oranla daha geç başlamasına rağmen sağlık sektöründe bilgi sistemlerinin kullanımı dünya genelinde hızla artmaktadır (Buchbinder ve Shanks, 2016:272). Günümüzde sağlık sektörü, bilgi sistemlerinin en yoğun kullanıldığı alanlardan biri olarak gösterilmektedir (Alacadağlı, 2019).

Sağlık bilgi sistemi ve teknolojilerinin, sağlık hizmetleri sunumunda dolaylı olarak (özellikle kalite açısından) önemli katkıları bulunmaktadır (Sargutan, 2005). Sağlık bilgi sistemi, hizmetlerin yönetim ve sunumuna ilişkin her türlü bilginin üretilmesi, depolanması, iletilmesi ve etkin bir biçimde kullanılması için kurulan yazılım, donanım, yöntem ve işlemlerin tümüne verilen isimdir (Işık, 2013:19). Sağlık sektöründe bilgi sistemlerinin kullanımı, hız, kolaylık ve güvenilirliği artırması, standart verilerin oluşturulması, karşılaştırmaların yapılması, akılcı kaynak kullanımı ve politika yapıcılar için karar desteği sağlaması sebebiyle gittikçe artan bir önem kazanmaktadır (SDP, Değer. Raporu, 2012: 302). Örneğin, Baylor Üniversitesi Tıp Merkezi hasta bakımını ve hizmet kalitesini doğrudan artıracığı düşüncesiyle 2003-2010 yılları arasında bilgi sistemlerine dönüşüm ve yeni teknolojilerinin tesis edilip sürekliliğinin sağlanması için 119 milyon \$ tutarında bütçeyi onaylamıştır (Ballard vd., 2004).

Sağlık bilgi sistemlerinin donanım, yazılım, ağ ve iletişim ve veri tabanı gibi bazı bileşenleri olmakla birlikte sistemin temeli veri ve bilgiye dayalıdır. Verilerin kaydedilip bilgiye dönüştürülme sürecinde kayıtlar ESK (Elektronik Sağlık Kaydı) olarak adlandırılmaktadır. ESK'ların sağlıkta kaliteye ilişkin faydaları ise şu şekilde özetlenebilir (Işık, 2013:17);

- Düşük maliyetle yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulmasına imkan sağlar,
- Kalite güvencesi ve hasta bakım standartlarının geliştirilmesini sağlar,
- Bilimsel araştırmalar, hastanın klinik problemlerin daha kaliteli teşhis ve tedavisine olarak sağlar.
- Sağlık kuruluşlarının etkili ve verimli çalışmasına imkan sağlayarak sürekli kalite iyileştirmelerine olanak sağlar.

Herhangi bir kalite iyileştirme faaliyeti, süreçlerde veya sonuçlarda meydana gelen değişimi ölçme kapasitesine ve bu kapasiteyi artıracak planları yapabilen paydaşlara sahip olmasına bağlıdır. Etkili kalite iyileştirmeleri için bilgi sistemlerinin tüm sistemde tutarlı bir şekilde uygulanması gereklidir (WHO, 2006:22). Sağlık bilgi sistemleri ve e-sağlık uygulamalarının hasta bekleme sürelerinde, yatış sürelerinde,

çeşitli nedenlerle hizmete erişim konusunda daha kaliteli ve esnek hizmet sunmanın yanında maliyet ve verimlilik avantajı sağladığı bilinen bir gerçektir (Kılıç, 2016).

Sağlık sektöründe bilgi teknolojilerinin idare ve klinik alanda da çok yoğun bir biçimde kullanıldığı bilinmektedir. Tablo 2.3' de idari ve klinik bilgi sistemlerinin kullanım alanları listelenmektedir.

Tablo 2.3: İdare ve Klinik Bilgi Sistemleri

İdari Bilgi Sistemleri	Klinik Bilgi Sistemleri
Hasta Kayıt, Kabul, Taburcu, Transfer İşlemleri	Laboratuvar Sistemi /Toplama - Doğrulama - Raporlama
Provizyon, Sigorta İşlemleri	Radyoloji Sistemi/PACS/ Analiz - /İletişim- Arşiv
Hasta Yatış, Vizit, Ziyaretçi, Malzeme Planlama İşlemleri	İlaç Yönetimi / Sipariş- Tedarik-Envanter- Kontrol- Alerjen Uyarısı- (İlaç -Doz - Zaman Yönetimi)
Muhasebe Faturalandırma, Geri Ödeme Takip İşlemleri	Hasta bakım- İzleme Sistemi -Akış Şeması
Mali Durum Analizi Finansal Rapor Oluşturma Analiz Etme İşlemleri	Elektronik Sağlık Kaydı(ESK) - Epikriz- Geçmiş Tedaviler - Karar Destek Sistemi- Hatırlatıcı
Personel, Özlük İşlemleri, Eğitim, Bordro, İzin, Stopaj, Vergi vb. İşlemler	Bilgisayarlı Sipariş Girişi(BSG) Klinisyenlerin doğrudan sipariş vermesi ve karar destek sistemine, kılavuzlara ulaşmasını sağlar.
Malzeme Tedarik Yönetim (İhtiyaç Tespit, Satın Alma, Stok, Nakil İşlemleri)	Tele Tıp(Tele Sağlık): Uzaktan bakım yapılmasını sağlar, Görüntü aktarım ve klinisyenler arası danışma (Konsültasyon)
Çizelge Planlama Randevu İşlemleri	Rehabilitasyon Kayıt Destek Sistemi

Kaynak: Wager K A. , L. F. W., Glasser J. P. . (2009). Health Care Information System (Vol. 2): Jossey Bass. S:90

İdari ve klinik bilgi sistem yazılımlarının faydaları şu şekilde sıralanabilir (Güleş ve Özata, 2005:148; Işık ve Akbolat, 2010; Günaltay ve Göktaş, 2019:316; Akbolat, 2013:116; SDP, Değ. Raporu, 2012:233) ;

- İhmale bağlı tıbbi hatalarda azalma,
- Hekimin verdiği tedaviye uyma oranında artış,
- Etkili ilaç takibi, yan etkilerde azalma,
- Maliyetlerde azalma,
- Gereksiz işlemlerde azalma, gelişmiş iş akışı ve zaman tasarrufu (yalınlık)
- Çalışan ve hasta memnuniyetinde artış,
- Daha etkili iletişim, hızlı bilgi akışı,
- Etkin stok kontrolü ve mali sızıntılarda azalma,
- Daha etkin personel özlük ve tahakkuk ve performans takibinde kolaylık,
- Yönetimde şeffaflık ve kolaylık, raporlama,
- Etkin malzeme, kaynak ve stok yönetimi,
- Bilimsel çalışmalara kaynak sağlanması,
- Faturalandırma ve geri ödemelerde kolaylık,
- Planlama ve denetim kolaylığı,
- Etkili ve etkin klinik kararlar almaya katkı sağlanması,
- Kurumlar arası işbirliği ve bilgi paylaşımı,
- Veri standardizasyonunun sağlanması

Galile'nin ölçemediğinizi yönetemezsiniz sözü yönetim bilimlerinde sıkça kullanılır. Günümüzde etkili ve kaliteli çıktılar almak için ölçüm, kayıt ve verilerin tekrar kullanılması aşamasında bilgi teknolojileri ve bilgi sistem yazılımlarından faydalanmak çok önemlidir.

Sağlık sektörü bilgisayarlara, elektronik sistemlere ve yazılımlara yatırım yapmaktadır. Sağlık bilgi sistemleri sadece kırtasiye masraflarının azaltılarak verimlilik sağlanması sebebiyle yararlı değildir. Bu faydanın yanında hasta geçmişi taşınır, ilaç ve reçete hataları azalır, bürokratik işlemler hızlanır daha yalın bir kuruma dönüşüm sağlanır ve hekimler klinik performansı artırmada ve karar vermede bilgi

sistemlerinden yararlanır. Bütün bunların neticesinde hizmet ve tıbbi bakım kalitesinin artacağı aşıkardır (Lowenstein, 2005).

2.4.3. Rekabet Unsuru, Müşteri Memnuniyeti, İmaj ve Kalite İlişkisi

Kalite, pazarlama ve rekabet kavramı, birçok noktada birbirini tamamlayıcı özellik göstermektedir ve çeşitli faktörler (iç müşteri, dış müşteri, verimlilik) üzerinden birbirini desteklemektedir (Lai ve Cheng, 2005). Artan rekabet ortamı altında kaliteyi tesis etmek bir döngüdür. Kalite arttıkça rekabet avantajı artar, rekabet avantajı arttıkça kalite de artabilecektir. Örneğin, nitelikli personelin kurumda çalışmayı tercih etmesi o kurumun kalitesinden kaynaklanabilir ve başarılı personel kurum kalitesini daha da yükseltebilecektir (Brook ve Kosecoff, 1988). Lai ve Cheng (2005) çalışmasında kalite ve rekabetin birbirini etkilediğini ve bu ikisinin örgütsel performansı artırdığını ortaya koymuştur.

Pazarlama amaçlarına ulaşip rekabet üstünlüğü sağlamak isteyen kuruluşlar, hizmet pazarlaması karmasının iç ve dış (insan, süreç, yer, tutundurma, fiziksel unsurlar, dağıtım, ürün, fiyat gibi) elemanlarını ve yönetsel stratejilerini hizmet kalitesi yönetimi süzgecinden geçirmesi gerekir (Christopher vd, 1991).

Rekabetin yoğun olduğu sistem veya süreçlerde kalitenin arttığına dair bulgular olsa da kaliteyi ve çıktıyı olumsuz etkileyen bulgulara da rastlanılmıştır (Gowrisankaran ve Town, 2003). Bunda rekabetin yoğun olduğu bir ortamda sektör taleplerini önceleyip ürün, süreç ve hizmetlerde sunulan kaliteyi artırmamanın veya performansa dayalı ödeme sistemi gibi, iş- parça başı ücret gibi uygulamalarla iç rekabet sonrası kalite düzeyinde düşüklükler meydana gelebilmesinin etkisi de olabilir.

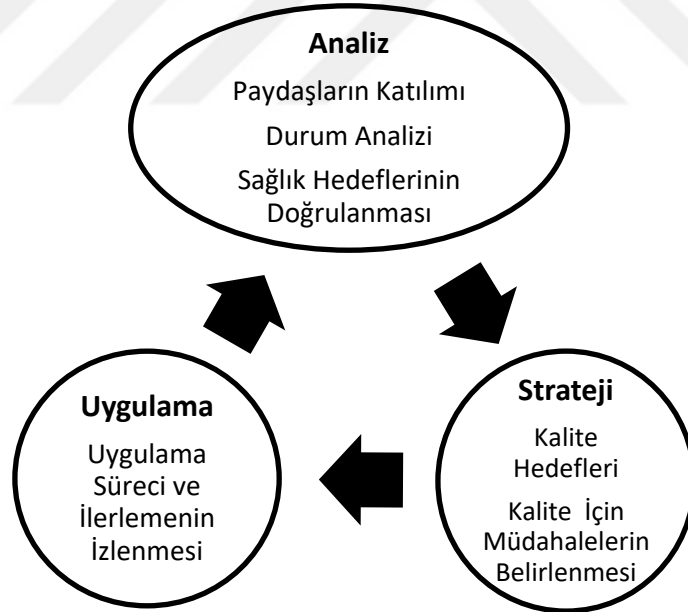
Kim vd. (2013) yaptıkları çalışmada, kurum imajının; tüketim veya talep öncesi algının tüketim sonrası algılanan kaliteyi etkilediğini hatta imaj algısının tüketim esnasındaki davranışları dahi etkilediğini saptamıştır. Bu durum kalite çalışmalarında imajın plasebo etkisi var mıdır veya tüketicilerde kalite algısı ne

zaman başlıyor sorusunu akla getirmektedir. Kurum imajının elde edilmesinde kaliteli çıktılarının etkisi büyüktür. Ancak, kurumlar pazarlama faaliyetlerini ve bu faaliyetlerin imaj ve kalite algıları üzerine olan etkisine dikkat etmelidirler.

2.5. Türkiye’de Sağlık Alanında Yapılan Kalite İyileştirme Faaliyetleri

DSÖ'nün kalite iyileştirmelerinde benimsediği döngüsel sürecin üç temeli ve yedi bileşeni vardır (WHO, 2006:13). Üç temel; analiz, strateji, uygulamadan oluşmaktadır. Bahsi geçen 7 bileşen ise; paydaş katılımı, durum analizi, sağlık hedeflerinin doğrulanması, kalite hedefleri, kalite için müdahalelerin belirlenmesi, uygulama süreci ve ilerlemenin izlenmesidir. Şekil 2.2’de verilen aşamalar ve unsurlar, sağlık sistemlerinin kendine uyarlanmasıyla etkili kalite sonuçlarının alınacağı bir döngü ve süreçtir.

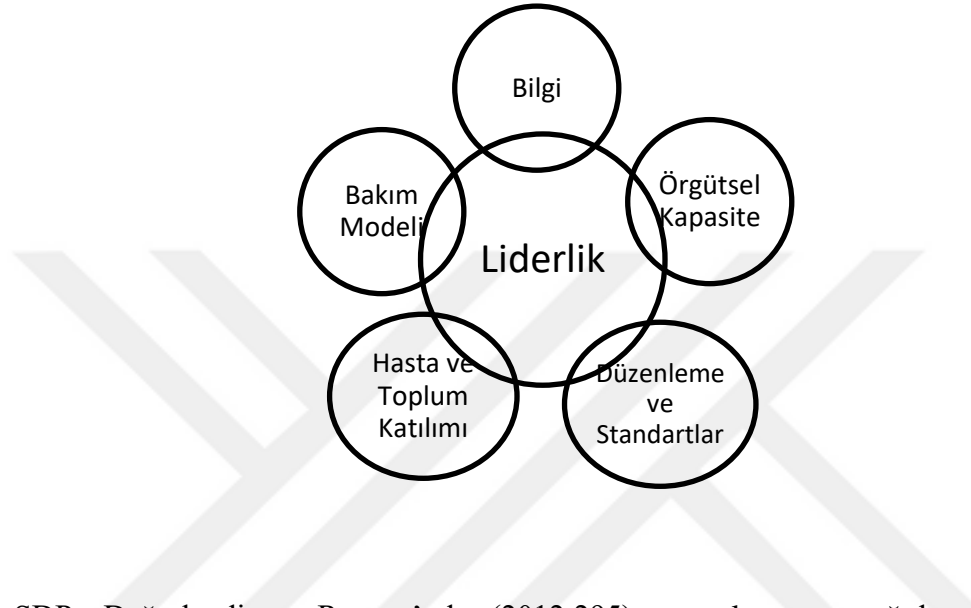
Şekil 2.2: Kalite İyileştirmeleri İçin Strateji Döngüsü



Bu süreçte karar vermeye etki eden unsurlar Şekil 2.3’de verilmiştir. Liderlik bu unsurların merkezi ve esasıdır. Liderliğin eksikliği halinde kalite çalışmalarını başarısız olacağına dair kanıtlar bulunmaktadır (WHO, 2006:22). Bu süreç ve unsurları dikkate alarak sürekli iyileştirmek için ne, nasıl ve kim sorularını sürekli

sormak gerekmektedir. Hangi problemlere, hangi soruların sorulması ve hangi cevapların aranması gerektiği hakkında detaylı bilgi için WHO (2006) raporuna bakılabilir.

Şekil 2.3: Kalite İyileştirmelerinin Altı Alanı



SDP; Değerlendirme Raporu'nda (2012:295) yer alan ve aşağıda sıralanmış, Sağlıkta Dönüşüm Programı "Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi" konu başlıkları Türkiye'deki kalite uygulama hedeflerinin DSÖ'nün kalite iyileştirme süreç ve unsurlarıyla uyumlu olduğunu göstermektedir.

- ❖ İyi Sağlık
- ❖ Sağlık Sisteminin Yönetilmesi ve Liderlik
- ❖ Bilgi Teknolojisi, Sağlık Sistemi Altyapısı
- ❖ Mali Korumada Adillik
- ❖ Sağlıklı Yaşam Biçimleri ve Çevre
- ❖ Sağlık Hizmetlerinde Etkili: Erişim, Kalite, Sunum ve Kullanım
- ❖ Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi
- ❖ Sağlık İnsan Kaynakları İçin Kaynak Üretimi, Dağıtımı ve Sürdürülmesi
- ❖ Gelir Tahsili, Genel Sağlık Kapsamı ve Finansman İşlevinin İyileştirilmesi

2.5.1. Akreditasyon Çalışmaları

Türkçe'ye Fransızca'dan geçen akreditasyon kelimesinin Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ndeki anlamı denkliktir. Denklik kavramı; akredite edici bir sivil toplum kuruluşu olarak tanınan kurum veya kuruluş tarafından, örgütlerin faaliyetlerini ve çıktılarının önceden belirlenmiş standartlara uygunluğunun belgelenmesi olarak tanımlanır (Rooney ve Ostenberg, 1999). Dolayısıyla denklik; akredite edilen unsurların standartlara uygunluğu ve birbirlerine olan denkliğidir.

Sağlık kurumlarında akreditasyon; sağlık bakım kalitesini artırmak için ihtiyaç duyulan bir dizi standartların ve sağlık kurumlardaki yeterliliklerinin bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kurum tarafından belgelendirilmesi işlemidir (Akyurt, 2008:7). Bir sağlık kuruluşunun bağımsız bir dış kuruluş tarafından standartlara uygunluğu tespit edilerek akredite edilme faaliyetleri 100 yıl öncesine dayanmaktadır ancak, 1980 li yıllardan sonra dünya geneline yayılmaya başlamıştır (Güdük ve Kılıç, 2017). Bununla birlikte dünyada akreditasyon talepleri hızla artmaktadır ve faaliyetler sürekli gelişim göstermektedir. Kurumlar varlığını devam ettirebilmek ve dış çevreyle bağdaşarak içsel gelişmelere hız kazandırıp, akreditasyon faaliyetlerine önem vermektedir (WHO, 2003:127; SDP Değ. Raporu, 2012:310). Günümüzde sağlık hizmetleri akreditasyonu konusunda ülkeden ülkeye farklılık gösteren çeşitli uygulamalar mevcuttur. Bazı ülkeler bunu koruyucu ve I. basamak sağlık hizmetlerinde etkililiği artırma amacıyla, bazı ülkeler hizmet sunumunda standart oluşturma ve koruma amacıyla, bazı ülkeler de kamuya hesap verme ve şeffaflık sağlama amacıyla akreditasyon faaliyetleri yürütmektedir (Kayral vd., 2018).

Ülkemizde III. Basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların hizmet sunabilmesi için 2019/10 nolu Genelge ile akredite olma zorunluluğu getirilmiştir. İlgili genelgeye ilişkin detay bilgi TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) web sitesinde şu şekilde yer almaktadır (TÜSEB, 2019);

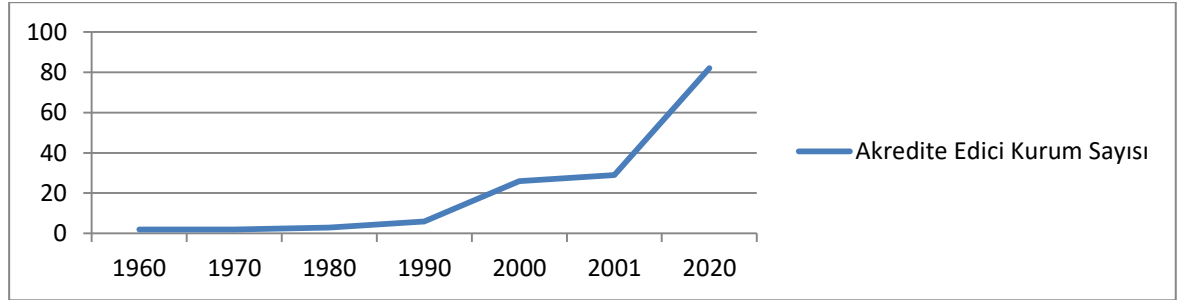
“Sağlık Bakanlığınca yayınlanan 2019/10 nolu Genelge ile sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırılması yeniden düzenlenmiştir. İlgili düzenlemeye göre 3.basamak sağlık kuruluşları 3A ve 3B Grubu hastaneler olarak 2 grupta tanımlanmıştır. Üçüncü basamak

hastanelerin basamaklandırıldıkları grupta devam edebilmeleri için hastanenin TÜSEB veya Bakanlıkça onaylanmış uluslararası akreditasyon kuruluşlarından hastane akreditasyonuna sahip olması gerektiği “Üçüncü Basamak Hastaneleri İzleme ve Değerlendirme Kriteri” olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda üçüncü basamak olarak tanımlanan hastanelerin üçüncü basamak düzeyinde hizmet sunabilmeleri için akredite olmaları gerekmektedir.”

Sağlık kurumlarında akreditasyon; hasta güvenliğini, kaliteli sağlık hizmetinin bütüncül ve sürekli olarak verilmesini, kuruma olan güvenin artmasını, sağlık profesyonelinin işe alım, eğitim ve geliştirme sürecinin başarıyla sürdürülmesini, kayıtların ve raporların düzenli olarak tutulmasını ve tıbbi, idari ve mali açıdan kurumu en iyi şekilde yönetmeyi taahhüt eder (Timmons, 2009).

DSÖ (WHO, 2003:117) raporuna göre 2001 yılında dünya üzerinde ISQua tarafından tanınmış 30'a yakın akredite edici kurum varken, günümüzde bu kurumların sayısı 80'in üzerindedir (ISQua, 2020). Kurum sayılarının yıllara göre dağılımı Tablo 2.4'de verilmektedir.

Tablo 2.4: Dünyada 1960-2001 Yılları Arası Akredite Edici Kurum Sayıları



Kaynak: 1) WHO (2003). Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review s:117 / 2) <https://www.isqua.org/membership/institutional-members.html> Erişim Tarihi:05.06.2020

Bunlar arasında en çok bilinenler (Kayral vd., 2018; Cengiz, 2018);

- Improvement of Healthcare Institute (IHI)
- Joint Commission International (JCI)
- Accreditation Canada (AC)
- International Standards Organisation (ISO)
- European Organisation Quality (EOQ)

- European Foundation Quality Management (EFQM)
- The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)dür.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2003 yılındaki evrensel kalite akreditasyon raporunda Türkiye'de herhangi bir kamu akreditasyon kuruluşunun yer almadığı belirtilmektedir (WHO, 2003:113). Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003'te yer alan "nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon" hedefi doğrultusunda, 2012 yılında üst akredite edici kuruluş olan ISQua (The International Society for Quality in Health Care) ile ilk çalışmalar başlatılmış ve 4 Temel Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Hastane Seti, SAS Diyaliz Seti, SAS ADSM (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi) Seti ve SAS Laboratuvar Seti hazırlanıp ISQua tarafından akreditasyonu sağlanmıştır ve sonrasında standartların kullanım hakkı ve yürütme işlemleri TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) altında faaliyet gösteren TÜSKA (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü)ya devredilmiştir (Gökmen Kavak, 2018; SB, 2019) 2019 yılında ISQua tarafından onaylanan akreditasyon kuruluşlarına TÜSEB'in bağlı enstitülerinden biri olan TÜSKA da eklenmiştir. Bu kapsamda TÜSKA yurt içinde bazı sağlık kuruluşlarını akredite etmeye başlamıştır (TÜSKA, 2019).

Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının planlanması, yürütülmesi ve kontrolü, zor ve maliyetli bir süreçtir. Bir hastane için akreditasyon ücretleri 12.000 \$ dan başlamaktadır (Shaw, 2004). Akredite edici kuruma yapılacak ödemenin haricinde, ilave iş yükü, yeni makine tesis ve cihazların alınması, eğitim maliyetlerinin yanında, süreç başarısızlıkla sonuçlanırsa bunun birtakım sosyal maliyetleri de bulunmaktadır (Güdük ve Kılıç 2017). Kurumlar maliyet ve faydalar hakkındaki analizlerini yapıp akredite edilip edilmeyeceğine karar vermelidir (WHO, 2003:127).

Bu noktada, ülkemizde akreditasyon sürecine başlayacak ve tamamlayacak olan kurumlara bazı teşvikler sunulmaktadır. Sağlık turizminde potansiyel artırıcı bir unsur olduğu için Ekonomi Bakanlığı tarafından 2 Haziran 2015 tarih 29374 sayılı

Resmi Gazete’de yer almakta olan 2015/8 sayılı “Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkındaki Karar” ile birlikte daha eski bir karar olan 2012/4 sayılı “ Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ” kapsamında akredite faaliyetleri desteklenmektedir. Ayrıca aynı tarih ve sayılı Resmi Gazete’de yer alan 2015/9 sayılı “ Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörleri Markalaşma Destekleri Hakkında Karar” gereği hizmet sektörü desteği olarak 50.000 \$ a kadar destek sunulabilmektedir (Kayral vd., 2018; Aydın ve Aydın, 2015).

Akredite olmanın bazı faydaları şu şekilde listelenebilir (Kayral vd., 2018, Güdük ve Kılıç, 2017);

- Bazı yabancı ülkelerde fiilen tanınma avantajı sağlar,
- Kurumda kaliteli hizmet güvence altına alınır.
- Sürekli iyileştirme hedeflenir,
- Geri demelerde avantaj sağlar,
- Kuruma prestij katar,
- Karşılaştırılabilir, yönetilebilir ve geliştirilebilir bir örgüt için veri tabanı sağlar,
- Finansal kaynakların ve süreçlerin etkili yönetiminde kolaylık sağlar,
- z değerlendirmeyi destekler,
- alışan ve hasta memnuniyetine katkı sağlar,
- İletişim ve iş birliğine destek olur,
- Güvenlik ve kalite kültürü oluşturur,
- ıktılarda iyileşmeye yol açar,
- Politika ve prosedürleri düzenler,
- Halkın kuruma olan güvenini artırır,
- Olumsuz sağlık çıktılarında azalma sağlar

Kalite akreditasyon faaliyetlerinde kurumlarda kalite ve güvenlik kültürünün oluşturulması, akreditasyon sürecinin daha sağlam bir temele sahip olmasını sağlayacaktır. Akreditasyon ve iyileştirme hedefine yönelik faaliyetler; bu uygulamaları angarya olarak gören personel ile yapılması durumunda etkililiğini yitirecektir. Sağlık profesyonellerinin gerek örgün eğitiminde gerek işe alımında

gerekse hizmet içi eğitiminde kalite bilincine dikkat edilmesi olumlu katkılar sağlayacaktır (Kayral vd., 2018).

2.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Ülkemizde sağlık politikası alanında bazı temel değişim dönemleri yaşanmıştır. Bunlara; Dr. Refik Saydam dönemi (1923), Dr. Behçet Uz dönemi (1946), sağlığın sosyalleştirilme dönemi olarak bilinen Prof. Dr. Nusret Fişek dönemi (1963) örnek gösterilebilirken, Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) son halkayı oluşturmaktadır (SDP Değ. Raporu, 2012:7). SDP önceki reformları dikkate alarak, katılımcı ve demokratik karar alma süreciyle sağlık sistemleri problemlerine uygun çözümleri üretme amacıyla hazırlanmıştır (Yılmaz, 2018:193). SDP ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak örgütlenmesi, finansmanı ve sunulması amaçlanmaktadır (Ateş, 2016:112).

SDP (2012) raporunda, DSÖ'nün, "ülkelerin sağlık sistemleri reformları, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde olmalıdır" önerisi doğrultusunda reformların planlandığı ibaresi yer almaktadır (SDP; Değer. Raporu, 2012:310). Dolayısıyla SDP'nin nihai amacının hizmet kalitesini artırmak olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite, finansal riskten korunma, memnuniyet, sürdürülebilirlik gibi unsurlar birbirini etkileyebilen bir denge içerisinde. Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde belirtilen bu denge Şekil 2.4'de gösterilmektedir.

Şekil 2.4: Sağlık Hizmeti Dengesi



Kaynak: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ed. Recep Akdağ, Aralık, 2012:342.

SDP politikaları belirlenirken bazı temel ilkelere bağlı kalındığı belirtilmektedir (SDP, Değ. Raporu 2012). Bu ilkelerin kaynakları veya sonuçları sağlıkta kaliteli hizmet sunumuyla doğrudan veya dolaylı yoldan ilişki içerisindedir. İlkeler;

- İnsan Merkezilik
- Sürdürülebilirlik
- Sürekli Kalite Gelişimi
- Katılımcılık
- Uzlaşmacılık
- Gönüllülük
- Güçler Ayrılığı
- Desantralizasyon
- Hizmette Rekabettir

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü tüm boyutlarıyla kavramak üzere biçimlendirilmiş 8 temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar (Sağlığa Bakış, 2007);

- ❖ Planlayıcı ve denetleyici bakanlık
- ❖ Herkesin sağlık güvencesini tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
- ❖ Yaygın, erişimi kolay, güler yüzlü sağlık hizmeti sunumu
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti
 - Etkili, kademeli sevk zinciri
 - İdari ve mali açıdan özerk sağlık kuruluşlar
- ❖ Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek nitelikli sağlık insan gücü
- ❖ Sistemi destekleyecek bilim ve eğitim kurumları
- ❖ Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- ❖ Akılcı ilaç kullanımını ve etkin malzeme yönetimi
 - Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu
- ❖ Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta kaliteli hizmet sunumunun önemli araçlarından biri de kalifiye personeli yetiştirmek ve adil bir şekilde ülke geneline dağılımını yapmaktır. SDP'nin bir amacı da nitelikli sağlık personeli yetiştiren okulların açılmasını teşviki ve işbirliğinin sağlanmasıdır (SDP Değ. Raporu 2012:310).

SDP aşama aşama uygulanmaktadır. Bazı hedeflerine ulaşılmış, bazı hedeflerine ulaşmaya devam ediliyorken, bazı hedeflerinden ise, vazgeçilmiş durumdadır. Bu haliyle bile sadece aile hekimliği, performansa dayalı ödeme, hizmete erişim, kalite, özerlik değil diğer birçok konuda da diğer ülkelerin Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan öğreneceği çok şey vardır (WHO, 2012:28).

2.5.3. Sağlık Kalite Standartları Rehberi

Sağlıkta sektöründe kalitenin, her paydaş için farklı anlamı olsa da, ortak bir paydası bulunmaktadır. Bu ortak payda; hizmetin arzulanan standartlar çerçevesinde güvenli bir biçimde sunulmasıdır. Eğitim ve sağlık okuryazarlık oranının arttığı, sağlıkta bilgi asimetri makasının daraldığı günümüzde, teknik ve algılanan kalite düzeyine yönelik kalite standartları belirlemek, akredite etmek ve denetlemek önem arz etmektedir (Beylik, 2018).

Sürekli geliştirme ve kalite ile verimliliği sağlamayı hedefleyen SDP'nin, ikinci aşamasında "Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme" çalışması ile kalite boyutuna derinlik kazandırılmıştır. Bu doğrultuda erişim, memnuniyet, alt yapı, değerlendirme ve hedeflere ulaşma ve denetlemeyi içeren hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Bu sisteme geçişte en önemli başlangıç unsuru ise kalite göstergeleridir (indikatör).

Bakanlık stratejileri doğrultusunda sürekli geliştirilen, 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan Hizmet Kalite Standartları adıyla bir rehber hazırlanmıştır. Bununla birlikte özel ve üniversite hastanelerine yönelik 388 standart ve 1450 alt bileşenden oluşan farklı bir set hazırlanmıştır (Beylik, 2018; SDP Değer. Raporu, 2012:310). Günümüzde Sağlık Kalite Standartları (SKS) Rehberleri olarak bilinen hali hazırdaki setler ve rehberler şunlardır;

- SKS Hastane
- SKS Diyaliz
- SKS Evde Sağlık
- SKS Ağız ve Diş Sağlığı
- SKS Acil Sağlık Hizmetleri 112
- İlaç Güvenliği Rehberi
- Anket Uygulama Rehberi
- Doküman Yönetim Rehberi

- Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi
- Gösterge Yönetimi Rehberi
- Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi
- Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi

SKS Setleri, Tablo 2.5’de örnekleri verilen başlıklarda ve alt boyutlarla ele alınmaktadır. Kalite standartları oluşturulurken aşağıda belirtilen hususlar gözetilerek bilimsel bir yöntem izlenilmiştir. Bu hususlar; (SDP Değer. Raporu, 2012:310)

- Standartların kurum içerisinde değerlendirilip ilişkilendirilmesi ve kurumda tüm birimleri kapsamaları için boyutlandırma yapılması,
- Standartların bu boyutlandırmalara göre hazırlanması,
- Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması,
- Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin oluşturulması,
- Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması,
- Tanımlar dizinin oluşturulması,
- Bilgilendirme tablolarının oluşturulmasıdır.

SKS Hastane Seti’nin temel amacı; “güvenli hastane” inşa etmektir. Bu süreçte hasta odaklılık, etkililik, etkinlik, hakkaniyet, verimlilik, süreklilik, uygunluk, zamanlılık ilkelerini göz önünde bulundurarak hasta ve çalışan güvenliğini tesis etmeye çalışmaktadır (SKS, 2016:25). Tablo 2.5’de SKS Hastane Seti’nde yer alan başlık ve alt boyutları yer almaktadır.

Tablo 2.5 : SKS Hastane Seti Kurumsal Başlık ve Boyutları

Kurumsal Hizmet Yönetimi	Sağlık Hizmetleri Yönetimi	Destek Hizmetleri Yönetimi	İndikatör Yönetimi
<ul style="list-style-type: none"> • Yönetim Hizmetleri • Hasta Bakım Hizmetleri • Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi • Tesis Yönetimi • Acil Durum ve Afet Yönetimi • Bilgi Yönetimi • Stok Yönetimi • Atık Yönetimi 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinik Hizmetleri • Acil Sağlık Hizmetleri • Biyokimya Laboratuvar Hizmetleri • Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetleri • Patoloji Laboratuvar Hizmetleri • Görüntüleme Hizmetleri • Klinikler • Ameliyathane Hizmetleri • Yoğun Bakım Hizmetleri • Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri • Eczane Hizmetleri • Sterilizasyon Hizmetleri • Transfüzyon Tıbbi Hizmetleri • Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri • Fizik Tedavi Hizmetleri • Diyaliz Hizmetleri • Doğum Hizmetleri • Psikiyatri Hizmetleri • Nükleer Tıp Hizmetleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta Kayıt ve Halkla İlişkiler Hizmetleri • Hasta Dosya ve Kayıt Hizmetleri • Mutfak Hizmetleri • Çamaşırhane Hizmetleri • Morg Hizmetleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Kalite İndikatörü
Hasta ve Çalışan Güvenliği			

Kaynak: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ed. Recep Akdağ, Aralık, 2012:342.

SKS rehberlerinde kodlama ve puanlama sistematığı kullanılır; birim, kategori, standart ve değerlendirme ve puanlamalarda çeşitli kısaltmalar ve puanlamalar yapılmaktadır. Bu sayede kurumlar karşılaştırılabilmekte, plan ve politikalar için veri elde edilebilmektedir (SKS, 2016: 32). Tablo 2.6’da göstergeler ve sistematığıne dair bir örnek verilmiştir.

Tablo 2.6: Örnek SKS Hastane Seti İndikatör Tablosu

Bölüm	Kalite Yönetimi	
KKY01 Çekirdek	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50
KKY02 Çekirdek	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	50
KKY03 Çekirdek	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirtenmelidir.	50
KKY04 Çekirdek	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50
KKY05	Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30
KKY06 Çekirdek	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY07 Çekirdek	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY08 Çekirdek	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY09 Çekirdek	Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.	50
KKY10	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10

Kaynak: SKS (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Rehberi*. (Vol. 2). s.42 Ankara: Pozitif.

Bu gösterge ve setlerle kurumlar periyodik olarak değerlendirilip, sürekli iyileştirme ve geliştirme hedeflenip sağlık sisteminin kalitesini artırmak, toplum sağlığını geliştirmek, tüm hizmet sunucuları için aynı ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir (SDP Değer. Raporu, 2012:310).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Trabzon ili Türkiye'nin Doğu Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir Büyükşehir Belediyesi'dir. Doğal ve tarihi güzellikleriyle birçok yerli ve yabancı turisti kendisine çeken, 3 üniversiteye ev sahipliği yapan, fındık ve çay gibi ürünlerini dünyada birçok yere ihraç eden; turizm, tarım ve eğitim şehridir. Trabzon ilinde, ilçeler dahil olmak üzere 17 adet kamu hastanesi (genel-dal) 3 özel genel hastane ve bir fakülte hastanesi bulunmaktadır. Bu sağlık kurumları il geneline ve bölgeye sağlık hizmeti sunmaktadır. Ayrıca sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı kapsamında her yıl binlerce hasta Trabzon ilindeki sağlık kurumlarına müracaat etmektedir. Kaynak ve zaman kısıtlarından dolayı Trabzon il merkezinde yer alan, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) ve Özel İmperial Hastanesi'nde çalışma yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışma evrenini (N), Trabzon ilinde bir ayda yatarak tedavi gören 14330 kişi oluşturmaktadır. Gerekli örneklem büyüklüğü, $n = \frac{[z^2 \cdot p(1-p)]}{d^2} / 1 + \frac{[z^2 \cdot p(1-p)]}{d^2} N$ formülü kullanılarak 375 kişi olarak tahmin edilmiştir. Hesaplama %95 güven aralığında, $p=0,05$ olarak yapılmıştır (SurveyMonkey, 2019). Bu örneklem büyüklüğünün Tabachnick ve Fidell (2007:123) tarafından yeterli görülen ve ölçekteki ifade başına 8 kişi+ 50 formülü ile hesaplanan örneklem büyüklüğünden ($34 \cdot 8 + 50 = 322$) de fazla olduğu görülmektedir. Çalışmada 400 yatan hastaya ulaşma hedeflenmiş ve 407 kişiden veri toplanmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemlerinden orantılı paylaştırma yapıldığında, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde yatmakta olan, 18 yaşından büyük ve Türkçe okuma yazması olan 270 kişiden, Özel İmperial Hastanesi'nde yatmakta olan 137 kişiden veri toplanmıştır. Trabzon ilindeki sağlık kurumlarını daha iyi yansıtabilmesi açısından 3 hastane türünde çalışma yapılması planmış fakat, çalışma başladıktan sonra kamu

hastanesinin veri toplama iznini iptal etmesi (Ek-5) sonucunda sadece belirtilen hastanelerden veri toplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve SERVPERF Ölçeği kullanılmıştır. Kişisel Bilgi Formunda hastaların, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hane aylık gelir, hastaneye yatış türü (acil, sevk, muayene), çalışma durumu, meslek, yaşadığı yer, tedavi olunan servis, hastaneye bu yatışında ameliyat olma durumu, daha önce bu hastanede yatma durumu, ailede sağlık çalışanı bulunma durumu, sosyal güvence durumu, kronik hastalık bulunma durumu, kaliteli tıbbi hizmet- kurum özellikleri- personel davranışları arasında önemlilik durumu, hastaneyi tavsiye etme durumu ve içeren toplam 17 ifade yer almaktadır.

SERVPERF Ölçeği, alan yazında sıklıkla kullanılan SERVQUAL Hizmet Kalitesi Ölçeği'nin Cronin Jr and Taylor (1994) tarafından sağlık sektöründe daha güçlü sonuçlar vermesi nedeniyle güncellenmiş halidir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında, Tarım (2002) tarafından 12 madde eklenip faktör analizi yapılmış ve Kara, Tarım, and Zaim (2003) tarafından Türkçe geçerliliği yapılmıştır. Bu çalışmada SERVPERF ölçeğinin seçilme nedeni; sağlık hizmetlerindeki asimetrik bilgiden dolayı hastaların, karşılaşacağı hizmet hakkında bir beklenti içerisinde olamayacağı dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalitenin sadece algıyla başka bir ifadeyle, performansla ölçülebileceği görüşü (Carman, 1990; Cronin Jr & Taylor, 1994) ve yaygınlıkla kullanılan SERVQUAL ölçeğinden daha güçlü test edebilme özelliğine sahip olmasıdır (Bülbül ve Demirer, 2008; Shafei vd., 2019). Araştırmada kullanılan veri toplama araçları Ek-6'da verilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri, etik kurul onayından sonra kurumların ilgili makamlarından izin alınarak, 15.12.2019 15.02.2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler Trabzonda bulunan Özel İmperial Hastanesi ve KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören, 18 yaşın üzerinde, Türkçe okuyup yazabilen, anket formunu cevaplandırmada herhangi bir engeli

bulunmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, hastalara gerekli açıklamalar yapılıp, onam formu imzalatıldıktan sonra anket formu verilerek hastanın yanında veya hasta odasının dışında beklenilerek toplanmıştır. Kurumlardan alınan araştırma izin belgeleri ekte sunulmuştur (Ek 2-5).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır. Öncelikle hastaların demografik verileri frekans ve yüzde (%) olarak hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmama durumunun (parametric- nonparametric) yapılan testler üzerinde etkisi olduğundan, basıklık arpıklık değerine bakılmıştır. Çeşitli yazarlara göre sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda basıklık arpıklık değerlerinin bazı yazarlara göre -1,5 +1,5 değerleri arasında olması (Tabacnich ve Fidell, 2013) bazı yazarlara göre -2 +2 değerleri arasında bulunması (George ve Mallery, 2010) normal dağılım varsayımı için yeterli görüldüğünden hipotezler parametrik testler aracılığıyla test edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen alt boyutlar için; Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Bağımsız ikili gruplar karşılaştırılırken T Testi. İki den fazla bağımsız grup karşılaştırılırken Varyans Analizi (One Way ANOVA Testi) uygulanmıştır. Test sonucunda belirlenen homojenlik durumuna göre, hangi grubun hangi özelliğinde fark olduğunu saptamak için Post Hoc testlerinden Tukey Testi uygulanmıştır. Verilerin analizinde yanılma düzeyi ($\alpha=0.05$) olarak hesaplanmıştır. Ölçek alt boyutları ile genel algılanan kalite düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Algılanan kalite düzeyinin, kurumu bir daha tercih etme niyeti ve memnuniyete olan etkisini belirlemek için regresyon analizi yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamında Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve **11.09.2019** tarih, **2019-09/04** sayılı karar ile etik kurul çalışma onayı alınmıştır (EK- 1).

4. BULGULAR

Bu bölümde, 15.12.2019 15.02.2020 tarihleri arasında Trabzon KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) ve Trabzon Özel İmperial Hastanesi'nin değişik birimlerinde yatmakta olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 407 hastadan elde edilen veriler tablolar halinde sunulacaktır.

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişken	Üniversite (n:270)		Özel (n:137)		Toplam (n:407)	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	129	47,8	97	70,8	226	55,5
Erkek	141	52,2	40	29,2	181	44,5
Yaş						
18-27	34	12,6	19	13,9	53	13,0
28-37	31	11,5	16	11,7	47	11,5
38-47	37	13,7	16	11,7	53	13,0
48-57	45	16,7	18	13,1	63	15,5
58-67	64	23,7	22	16,1	86	21,1
68 ve üzeri	59	21,9	46	33,6	105	25,8
Medeni Durum						
Evli	218	81,0	125	91,2	343	84,5
Bekar	51	19,0	12	8,8	63	15,5
İlköğretim	149	55,2	84	61,3	233	57,4
Lise	69	25,6	23	16,8	92	22,7
Önlisans	18	6,7	12	8,8	30	7,4
Lisans*	30	12,2	17	13,1	47	12,6
Hane Aylık Gelir (₺)						
2000 ve altı	29	11,1	5	3,7	34	8,6
2000-3500	145	55,3	56	41,5	201	50,6
3501-5000	59	22,5	48	35,6	107	27,0
5001-7500	22	8,4	15	11,1	37	9,3
7501 ve Üzeri	7	2,7	11	8,1	18	4,5
Yatış Türü						
Acil	58	21,5	43	31,4	101	24,8
Sevk	61	22,6	2	1,5	63	15,5
Muayene	151	55,9	92	67,2	243	59,7
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	57	21,3	33	24,1	90	22,2
Çalışmıyor	125	46,6	59	43,1	184	45,4
Emekli	86	32,1	45	32,8	131	32,3
Yaşadığı Yer						
İl Merkezi	103	38,7	81	59,6	184	45,8
İlçe	93	35,0	35	25,7	128	31,8
Kasaba	14	5,3	1	0,7	15	3,7
Köy	56	21,1	19	14,0	75	18,7

Tablo 4.1 Devamı: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları						
	Üniversite (n:270)		Özel (n:137)		Toplam (n:407)	
Ameliyat Olma Durumu						
Evet	137	50,9	61	44,5	198	48,8
Hayır	132	49,1	76	55,5	208	51,2
Daha Önce Kurumda Yatma						
Evet	155	57,6	59	43,1	214	52,7
Hayır	114	42,4	78	56,9	192	47,3
Ailede Sağlık Personeli Bulunma Durumu						
Var	90	34,0	56	40,9	146	36,3
Yok	175	66,0	81	59,1	256	63,7
Sosyal Güvence Durumu						
SGK	250	92,6	130	94,9	380	93,4
Özel Sigorta	10	3,7	3	2,2	13	3,2
Yok	10	3,7	4	2,9	14	3,4
Kronik Rahatsızlık						
Var	123	45,6	63	46,0	186	45,7
Yok	147	54,4	74	54,0	221	54,3
En Çok Önem Verilen						
Kaliteli Tıbbi Hizmet	154	58,1	98	72,6	252	61,9
Hastanenin Özellikleri	15	5,7	8	5,9	23	5,7
Personelin Davranışı	96	36,2	29	21,5	125	30,7
Tavsiye Etme						
Ederim	214	79,3	126	92,0	340	83,5
Etmem	56	20,7	11	8,0	67	16,5

*Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan 4 hasta lisans grubuna dahil edilmiştir.

Tablo 4.1’de hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre hastaların, %66,3’ü üniversite %36,7’si özel hastaneden hizmet almaktadır. Hastaların %55,5’i kadın, %84,5’i evli, %25,8’i 68 yaş üzerindedir. Hastaların %57,4’ü ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır, %50,6’sı 2001-3500 ₺ arası hane aylık gelirine sahiptir, %59,7’si poliklinik muayenesi sonrası hastaneye yatmıştır, %45,4’ü herhangi bir işte çalışmamaktadır, %45,8’i il merkezinde yaşamaktadır, %51,2’si bu yatışında ameliyat olmuştur, %52,7’si daha önce aynı kurumda yatarak tedavi görmüştür. Hastaların %63,7’sinin ailesinde sağlık personeli bulunmamaktadır, %93,4’ü SGK’lıdır, %54,3’ünün herhangi bir kronik rahatsızlığı yoktur, %61,9’u hizmet alırken kaliteli tıbbi hizmet almaya öncelik vermektedir, %83,5’i hizmet aldığı kurumu tavsiye etmektedir.

Tablo 4.2: Hastaların SERVPERF Ölçeği Alt Boyutları ve Ölçek Genel Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Ölçeğin Cronbach Alpha Değerleri

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama \bar{x}	Standart Sapma (s)	Cronbach Alpha (α)
Fiziksel Unsurlar	1,78	5,00	3,95	0,67	0,808
Güvenilirlik	2,00	5,00	4,49	0,58	0,636
Sorumluluk	1,80	5,00	4,36	0,57	0,868
Güvence	1,20	5,00	4,34	0,62	0,777
Nezaket	1,80	5,00	4,59	0,65	0,932
Empati	1,00	5,00	4,38	0,78	0,884
Tüm Boyutlar (Genel)	2,34	5,00	4,35	0,52	0,934
<i>Tüm Boyutlar Üniversite Hastanesi</i>	<i>2,34</i>	<i>5,00</i>	<i>4,26</i>	<i>0,53</i>	<i>0,929</i>
<i>Tüm Boyutlar Özel Hastane</i>	<i>2,89</i>	<i>5,00</i>	<i>4,54</i>	<i>0,44</i>	<i>0,935</i>

Tablo 4.2’de Algılanan hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, Cronbach Alpha katsayıları ve standart sapma değerleri verilmiştir. Buna göre üniversite hastanesi ve özel hastanede yatan hastaların ölçek toplam puan ortalaması sırasıyla 4,26 ve 4,54’tür. Ölçekten alınan ortalamalar incelendiğinde ölçeğin fiziksel unsurlar alt boyutunda en düşük ($\bar{x}=3,95$); Nezaket boyutunda en yüksek ($\bar{x}=4,59$) ortalamaların olduğu saptanmıştır.

Araştırmada SERVPERF Ölçeğinin Cronbach Alpha (α) genel ölçek güvenilirlik katsayısı **0,93** olarak hesaplanmıştır. Genel algılanan kalite düzeyi ortalamasının 4,35 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3: Araştırma Verilerinin Basıklık Çarpıklık Değerleri

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Çarpıklık	Basıklık
Fiziksel Unsurlar	-0,645	0,013
Güvenilirlik	-1,241	1,446
Sorumluluk	-1,065	1,283
Güvence	-1,205	2,034
Nezaket	-1,86	3,372
Empati	-1,321	1,589
Genel	-1,149	1,223

Tablo 4.3’deki veriler parametrik testlerin yapılabilmesi için kabul edilebilir düzeyde olduğundan, veriler parametrik yöntemler ile test edilmiştir. Güvence ve nezaket boyutunda varsayım sağlanmadığı için nonparametrik yöntemler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2010; Tabacnich ve Fidell, 2013).

Tablo 4.4: Kurum Türüne Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Kurum Türü				T Testi Anlamlılık Düzeyleri
	Üniversite		Özel		
	Ort.	Std. S	Ort.	Std. S	
Fiziksel Unsurlar	3,77	0,68	4,30	0,50	0,001
Güvenilirlik	4,42	0,60	4,64	0,50	0,001
Sorumluluk	4,26	0,58	4,56	0,50	0,001
Güvence	4,29	0,68	4,44	0,60	0,008*
Nezaket	4,51	0,68	4,76	0,56	0,001*
Empati	4,30	0,82	4,55	0,67	0,001
Tüm Boyutlar (Genel)	4,26	0,53	4,54	0,44	0,001

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Kurum türüne göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.4’de verilmiştir. Kurumlar arasında algılanan kalite düzeyi T testi ile analiz edildiğinde, özel hastanede yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesi ortalamasının ($\bar{x}=4,54$), üniversite hastanesinde yatan hastaların ortalamasından ($\bar{x}=4,26$) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tablo 4.4’de belirtildiği üzere, yapılan T Testi ve Mann Whitney U Testi sonucunda benzer farklılığın, tüm alt boyutlarda da geçerli olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5: Hastaların Cinsiyetine Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Cinsiyet				T Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	Kadın (n:226)		Erkek (n:181)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	3,96	0,69	3,95	0,66	0,944
Güvenilirlik	4,49	0,58	4,51	0,59	0,792
Sorumluluk	4,37	0,62	4,37	0,52	0,979
Güvence	4,34	0,67	4,34	0,55	0,423*
Nezaket	4,61	0,63	4,57	0,68	0,231*
Empati	4,35	0,80	4,35	0,80	0,370
Tüm Boyutlar (Genel)	4,36	0,55	4,36	0,49	0,899
<i>Tüm Boyutlar Üniversite H.</i>	4,22	0,58	4,29	0,47	0,290
<i>Tüm Boyutlar Özel H.</i>	4,52	0,43	4,59	0,45	0,412

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Cinsiyet değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.5’ de verilmiştir. Buna göre cinsiyete göre algılanan kalite düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte algılanan kalite düzeyinin kadın hastalarda $\bar{x}=4,36$ erkek hastalarda $\bar{x}=4,36$ olduğu saptanmıştır. Yapılan testler sonucunda alt boyutlar itibariyle de istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6: Hastaların Medeni Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Medeni Durum				T Testi Anlamlılık Düzeyleri (p)
	Evli (n:343)		Bekar (n:63)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	S	
Fiziksel Unsurlar	3,96	0,69	3,93	0,61	0,709
Güvenilirlik	4,50	0,58	4,47	0,60	0,673
Sorumluluk	4,37	0,58	4,35	0,56	0,765
Güvence	4,35	0,61	4,32	0,70	,969*
Nezaket	4,62	0,65	4,48	0,66	,028*
Empati	4,40	0,78	4,32	0,83	0,446
Tüm Boyutlar (Genel)	4,37	0,52	4,31	0,51	0,419
<i>Tüm Boyutlar Üniversite H.</i>	<i>4,25</i>	<i>0,54</i>	<i>4,31</i>	<i>0,48</i>	<i>0,464</i>
<i>Tüm Boyutlar Özel H.</i>	<i>4,57</i>	<i>0,42</i>	<i>4,30</i>	<i>0,64</i>	<i>0,179</i>

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 4.6’da hastaların medeni durumlarına göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar verilmiştir. Buna göre cinsiyet değişkeni yönünden algılanan kalite düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte algılanan kalite düzeyinin evli hastalarda 4,37, bekarlarda 4,31 olduğu saptanmıştır. Yapılan testler sonucunda kurumlar arasında da herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Alt boyutlar itibariyle farklılık testi yapıldığında anlamlı tek farkın nezaket boyutunda olduğu, Mann Whitney U Testi ile saptanmıştır ($p<0,05$). Test sonucuna göre evli hastaların nezaket boyutundaki kalite algılarının bekar hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7: Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Eğitim Düzeyi								ANOVA Testi Anlamlılık Düzeyleri	Tukey Testi Farklılıklar
	İlköğretim (1) n=233		Lise (2) n=92		Önlisans(3) n=30		Lisans (4) n=51			
	Ort.	s	Ort.	s	Ort.	s	Ort.	s		
Fiziksel Unsurlar	4,07	0,68	3,80	0,72	3,84	0,55	3,79	0,57	0,001	(1-2) (1-4)
Güvenilirlik	4,57	0,54	4,36	0,67	4,46	0,46	4,44	0,62	0,028	(1-2)
Sorumluluk	4,45	0,56	4,25	0,63	4,24	0,45	4,27	0,57	0,009	(1-2)
Güvence	4,42	0,62	4,27	0,64	4,26	0,50	4,22	0,66	*0,022	(1-4)**
Nezaket	4,64	0,63	4,53	0,75	4,63	0,53	4,50	0,66	*0,221	
Empati	4,46	0,77	4,27	0,83	4,43	0,69	4,25	0,80	0,126	
Tüm Boyutlar (Genel)	4,44	0,51	4,25	0,59	4,31	0,35	4,24	0,47	0,007	(1-2)
<i>Tüm Boyutlar Üniversite H.</i>	4,28	0,53	4,20	0,62	4,33	0,38	4,27	0,41	0,707	
<i>Tüm Boyutlar Özel H.</i>	4,71	0,34	4,38	0,46	4,28	0,30	4,19	0,58	0,001	(1--2,3,4)

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Lisansüstü düzeyde eğitim alan 4 kişi lisans grubuna dahil edilmiştir. ** Kruskal Wallis Testi sonucunda saptanan farklılık sadece LSD Testi ile tespit edilebilmiştir.

Hastaların eğitim düzeyi değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.7’de verilmiştir. Buna göre hastaların eğitim düzeyine göre algılanan kalite düzeyinin farklılık gösterdiği ANOVA testi ile saptanmıştır ($p=0,007$). Bu farklılığın 1. ($\bar{x}=4,44$) ile 2. ($\bar{x}=4,25$) grup arasındaki farktan kaynaklandığı Tukey testi ile bulunmuştur. Kurumlar karşılaştırmalı olarak incelendiğinde; özel hastanede algılanan kalite düzeyinin eğitim durumuna farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farklılığın yapılan Tukey Testi sonucunda ilköğretim düzeyinde eğitim alanların, hizmetleri daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksek düzeyde algılamasından kaynaklandığı saptanmıştır. Ölçek alt boyutları itibariyle farklılık testleri yapıldığında; fiziksel unsurlar, güvenilirlik, sorumluluk ve güvence boyutunda eğitim düzeyine göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Yapılan Tukey ve LSD testleri sonucunda, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin hizmetleri daha kaliteli algıladığı eğilimi benzer şekilde farklılık bulunan alt boyutlarda da görülmektedir.

Tablo 4.8: Hastaların Hane Aylık Gelirine Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Hane Aylık Gelir (₺)										ANOVA Testi Anlamlılık Düzeyleri (p)	Post Hoc Testi Farklılıklar
	2000 altı (n:34) (1)		2000-3500 (n:201) (2)		3501-5000 (n:107) (3)		5001-7500 (n:37) (4)		7501 ve Üzeri (n:18) (5)			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Fiziksel Unsurlar	3,93	0,57	3,97	0,72	3,97	0,67	3,89	0,67	3,79	0,62	0,817	
Güvenilirlik	4,64	0,49	4,49	0,61	4,44	0,58	4,48	0,59	4,40	0,49	0,498	
Sorumluluk	4,44	0,47	4,40	0,57	4,28	0,66	4,35	0,48	4,24	0,48	0,389	
Güvence	4,33	0,46	4,41	0,61	4,22	0,73	4,37	0,52	4,20	0,57	0,157	
Nezaket	4,66	0,59	4,61	0,61	4,54	0,78	4,66	0,59	4,46	0,77	0,727	
Empati	4,62	0,49	4,41	0,82	4,29	0,81	4,42	0,70	4,28	0,62	0,263	
Tüm Boyutlar (Genel)	4,44	0,34	4,38	0,54	4,29	0,57	4,36	0,45	4,23	0,40	0,404	
<i>Tüm Boyutlar Üniversite H.</i>	4,40	0,32	4,26	0,56	4,13	0,57	4,36	0,48	4,23	0,35	0,181	
<i>Tüm Boyutlar Özel H.</i>	4,66	0,36	4,68	0,33	4,49	0,52	4,36	0,43	4,23	0,44	0,004	(2-5)

*Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Hastaların hane aylık gelir değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.8’de verilmiştir. Buna göre hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin hane aylık gelirine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Kurumlar karşılaştırmalı olarak incelendiğinde özel hastanede $p=0,004$ anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu ve bu farklılığın 2. ($\bar{x}=4,68$) ve 5. ($\bar{x}=4,23$) grup arasında olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan Tukey testine göre daha düşük gelire sahip olan 2. grubun algıladığı hizmet kalitesinin daha yüksek gelire sahip olan 5. gruptan daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.9: Hastaların Yaşına Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaş												ANOVA Testi Anlamlılı k Düzeyleri	Post Hoc Testi Farklılıklar
	18-27 (n:53) (1)		28-37 (n:47)(2)		38-47 (n:53)(3)		48-57 (n:63) (4)		58-67 (n:86) (5)		68 ve üzeri (n:105) (6)			
	Ort. (\bar{x})	S	Ort. (\bar{x})	s	Ort. (\bar{x})	s	Ort. (\bar{x})	s	Ort. (\bar{x})	s	Ort. (\bar{x})	s		
Fiziksel Unsurlar	3,83	0,59	3,85	0,62	3,83	0,77	4,01	0,64	3,94	0,73	4,11	0,65	0,059	
Güvenilirlik	4,46	0,59	4,33	0,61	4,31	0,73	4,50	0,57	4,55	0,51	4,64	0,51	0,005	(2-6) (3-6)
Sorumluluk	4,25	0,58	4,21	0,61	4,19	0,68	4,41	0,52	4,36	0,60	4,56	0,46	0,001	(1-6)(2-6) (3-6)
Güvence	4,31	0,62	4,17	0,67	4,20	0,70	4,47	0,53	4,38	0,52	4,41	0,69	0,057*	
Nezaket	4,66	0,56	4,49	0,73	4,36	0,83	4,71	0,52	4,60	0,68	4,66	0,60	0,062*	
Empati	4,32	0,79	4,23	0,77	4,19	1,00	4,48	0,59	4,46	0,81	4,48	0,75	0,140	
Tüm Boyutlar (Genel)	4,31	0,46	4,21	0,54	4,18	0,63	4,43	0,44	4,38	0,51	4,48	0,50	0,004	(2-6) (3-6)
<i>Tüm Boyutlar Üniversite H.</i>	<i>4,33</i>	<i>0,44</i>	<i>4,17</i>	<i>0,59</i>	<i>4,12</i>	<i>0,66</i>	<i>4,31</i>	<i>0,44</i>	<i>4,27</i>	<i>0,53</i>	<i>4,32</i>	<i>0,53</i>	<i>0,423</i>	
<i>Tüm Boyutlar Özel H.</i>	<i>4,27</i>	<i>0,50</i>	<i>4,29</i>	<i>0,45</i>	<i>4,32</i>	<i>0,56</i>	<i>4,72</i>	<i>0,30</i>	<i>4,71</i>	<i>0,26</i>	<i>4,68</i>	<i>0,37</i>	0,001	(1-4)(1-5) (1-6) (2-4) (2-5)(2-6)(3-5)(3-6)

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Yaş değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.9’da verilmiştir. ANOVA Testi sonucunda yaşa göre algılanan hizmet kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruplarda olduğunu belirlemek için Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Bunun sonucunda 2. ($\bar{x}=4,21$) ile 6. ($\bar{x}=4,48$) grup ve 3. ($\bar{x}=4,18$) ile 6. ($\bar{x}=4,48$) grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Kurumlar açısından özel hastanede yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesinin yaşa göre anlamlı farklılıklar gösterdiği yine ANOVA testi ile saptanmıştır ($p < 0,05$). Ölçek alt boyutları itibariyle güvenilirlik ve sorumluluk alt boyutunda hastaların yaşına göre anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10: Hastaların Hastaneye Yatış Türüne Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Hastaneye Yatış Türü						ANOVA Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	Acil (n:101)		Sevk (n:63)		Muayene (n:243)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	3,92	0,76	3,88	0,57	3,99	0,66	0,442
Güvenilirlik	4,52	0,54	4,48	0,63	4,49	0,59	0,935
Sorumluluk	4,34	0,57	4,27	0,60	4,40	0,58	0,237
Güvence	4,30	0,66	4,31	0,60	4,38	0,62	0,369*
Nezaket	4,54	0,68	4,55	0,67	4,63	0,64	0,268*
Empati	4,34	0,74	4,25	0,97	4,44	0,75	0,180
Tüm Boyutlar (Genel)	4,33	0,53	4,29	0,53	4,39	0,51	0,329
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	<i>4,18</i>	<i>0,55</i>	<i>4,28</i>	<i>0,53</i>	<i>4,29</i>	<i>0,52</i>	<i>0,413</i>
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	<i>4,53</i>	<i>0,44</i>	<i>4,68</i>	<i>0,29</i>	<i>4,55</i>	<i>0,45</i>	<i>0,857</i>

*Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Hastaların hastaneye yatış türü değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.10'da verilmiştir. Buna göre hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin hastaneye yatış türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte acil servisten yatan hastaların algıladığı kalite düzeyi ortalaması 4,33 sevk ile gelen hastaların ortalaması 4,29 muayene sonrası yatan hastaların ortalaması ise 4,39 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.11: Hastaların Çalışma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Çalışma Durumu						ANOVA Testi Anlamlılık Düzeyleri	Post Hoc Testi Farklılıklar
	Çalışıyor (n:90) (1)		Çalışmıyor (n:184) (2)		Emekli (n:131) (3)			
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s		
Fiziksel Unsurlar	3,89	0,68	3,93	0,72	4,04	0,60	0,199	
Güvenilirlik	4,41	0,62	4,46	0,61	4,60	0,51	0,033	(1-3)
Sorumluluk	4,23	0,61	4,37	0,60	4,45	0,50	0,015	(1-3)
Güvence	4,25	0,62	4,35	0,65	4,41	0,60	0,093*	
Nezaket	4,50	0,73	4,60	0,68	4,67	0,55	0,09*	
Empati	4,36	0,80	4,32	0,79	4,50	0,77	0,135	
Tüm Boyutlar (Genel)	4,27	0,52	4,34	0,55	4,45	0,47	0,038	(1-3)
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	<i>4,21</i>	<i>0,52</i>	<i>4,25</i>	<i>0,58</i>	<i>4,32</i>	<i>0,46</i>	<i>0,486</i>	
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	<i>4,37</i>	<i>0,50</i>	<i>4,53</i>	<i>0,43</i>	<i>4,69</i>	<i>0,37</i>	0,005	(1-3)

*Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Hastaların çalışma durumuna göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.11’de verilmiştir. Buna göre hastaların çalışma durumuna göre algıladığı kalite düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Tukey Testi sonuçlarına göre emekli olanların algıladığı kalite ortalamasının ($\bar{x}=4,45$) çalışan hastalardan ($\bar{x}=4,27$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kurumlar arasındaki farklılık incelendiğinde özel hastanede yatan hastaların algıladığı kalite düzeyi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları itibariyle incelendiğinde, güvenilirlik ve sorumluluk boyutunda anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.12: Hastaların Yaşadığı Yere Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamaları

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaşadığı Yer								ANOVA Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	İl Merkezi (n:184) (1)		İlçe (n:128) (2)		Kasaba (n:15) (3)		Köy (n:75) (4)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	3,90	0,65	3,96	0,67	4,22	0,60	4,00	0,75	0,272
Güvenilirlik	4,46	0,57	4,56	0,57	4,29	0,53	4,50	0,64	0,260
Sorumluluk	4,36	0,58	4,36	0,58	4,18	0,63	4,43	0,55	0,435
Güvence	4,29	0,68	4,40	0,49	4,38	0,58	4,36	0,70	0,801*
Nezaket	4,60	0,62	4,64	0,65	4,69	0,59	4,50	0,74	0,610*
Empati	4,36	0,76	4,39	0,81	4,57	0,68	4,42	0,85	0,771
Tüm Boyutlar (Genel)	4,33	0,51	4,38	0,49	4,39	0,49	4,37	0,61	0,806
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	<i>4,24</i>	<i>0,51</i>	<i>4,29</i>	<i>0,51</i>	<i>4,36</i>	<i>0,49</i>	<i>4,21</i>	<i>0,62</i>	<i>0,695</i>
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	<i>4,45</i>	<i>0,49</i>	<i>4,63</i>	<i>0,35</i>	<i>4,75</i>	<i>.</i>	<i>4,83</i>	<i>0,23</i>	0,003**

*Normal dağılım varsayımı göstermediğinden Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

**3. grupta 2'den az hasta yer aldığından Post Hoc Testi yapılamamıştır.

Hastaların yaşadığı yere göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.12’de verilmiştir. Buna göre hastaların yaşadığı yer yönünden algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte il merkezinde yaşayanların algıladığı kalite ortalamasının 4,33 olduğu, ilçede yaşayanların 4,38, kasabada yaşayanların 4,39 köyde yaşayanların ise 4,37 olduğu saptanmıştır. Özel hastanedeki hastaların yaşadığı yere göre algıladığı kalite düzeyinde anlamlı bir farklılığa

rastlanılmıştır ($p < 0,05$). Fakat 3. gruptaki hasta sayısı yetersiz olduğundan Post Hoc Testi yapılamamıştır.

Tablo 4.13: Hastaların Bu Yatışında Ameliyat Olma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF leği ve Alt Boyutları	Bu Yatışında Ameliyat Olma				T Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	Evet (n:198)		Hayır (n:208)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	3,94	0,67	3,97	0,69	0,712
Güvenilirlik	4,44	0,62	4,55	0,54	0,075
Sorumluluk	4,30	0,61	4,43	0,55	0,032
Güvence	4,33	0,65	4,36	0,61	0,962*
Nezaket	4,60	0,70	4,60	0,61	0,304*
Empati	4,34	0,84	4,42	0,73	0,316
Tüm Boyutlar (Genel)	4,33	0,53	4,39	0,51	0,246
<i>Tüm Boyutlar niversite</i>	<i>4,27</i>	<i>0,55</i>	<i>4,25</i>	<i>0,52</i>	<i>0,761</i>
<i>Tüm Boyutlar zel</i>	<i>4,45</i>	<i>0,49</i>	<i>4,62</i>	<i>0,39</i>	0,029

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hastaların bu yatışında ameliyat olma değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.13’de verilmiştir. Buna göre hastaların ameliyat olma durumuna göre algıladığı kalite düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Yapılan analizlerde ameliyat olan hastaların algıladığı hizmet kalitesi ortalaması 4,33 ameliyat olmayanların ortalamasının 4,39 olduğu saptanmıştır. Kurumlar arasında farklılık incelendiğinde özel hastanedeki hastaların kalite algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre ameliyat olan hastaların algıladığı kalite ortalamasının 4,45 olduğu ameliyat olmayanların ortalamalarının ise 4,62 olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte alt boyutlardaki anlamlı tek farklılığın sorumluluk alt boyutunda olduğu ve bu yatışında ameliyat olan hastaların hizmetleri daha düşük kalitede algıladığı saptanmıştır.

Tablo 4.14: Hastaların Daha Önce Bu Kurumda Yatma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Daha Önce Bu Kurumda Yatma				T Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	Evet (n:214)		Hayır (n:192)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	3,92	0,71	4,01	0,62	0,156
Güvenilirlik	4,45	0,60	4,56	0,53	0,064
Sorumluluk	4,35	0,60	4,38	0,56	0,591
Güvence	4,30	0,68	4,40	0,56	0,368*
Nezaket	4,55	0,68	4,66	0,62	0,044*
Empati	4,33	0,79	4,46	0,76	0,092
Tüm Boyutlar (Genel)	4,32	0,54	4,41	0,48	0,068
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	<i>4,23</i>	<i>0,54</i>	<i>4,32</i>	<i>0,50</i>	<i>0,203</i>
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	<i>4,54</i>	<i>0,48</i>	<i>4,55</i>	<i>0,42</i>	<i>0,888</i>

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hastaların daha önce aynı kurumda yatma değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.14’de verilmiştir. Hastaların daha önce bu kurumda yatma durumuna göre algıladıkları kalite düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Mann Whitney U Testi sonucunda ölçek alt boyutları itibariyle $p\leq 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunan tek boyutun nezaket boyutu olduğu saptanmıştır. Nezaket boyutunda daha önce bu kurumda tedavi olanların algıladığı kalite ortalamasının (4,55) ilk defa gelenlerden ($\bar{x}=4,66$) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.15: Hastaların Ailesinde Sağlık Personeli Bulunma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Ailede Sağlık Personeli Bulunma				T Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	Var (n:146)		Yok (n:256)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	3,81	0,71	4,05	0,64	0,001
Güvenilirlik	4,44	0,63	4,54	0,54	0,117
Sorumluluk	4,30	0,59	4,41	0,56	0,076
Güvence	4,27	0,65	4,40	0,61	0,055*
Nezaket	4,50	0,74	4,66	0,59	0,030*
Empati	4,29	0,82	4,45	0,75	0,048
Tüm Boyutlar (Genel)	4,27	0,57	4,42	0,47	0,010
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	<i>4,16</i>	<i>0,59</i>	<i>4,32</i>	<i>0,48</i>	<i>0,024</i>
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	<i>4,45</i>	<i>0,50</i>	<i>4,61</i>	<i>0,39</i>	<i>0,041</i>

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hastaların ailesinde sağlık personeli bulunma durumuna göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.15’de verilmiştir. Hastaların ailesinde sağlık personeli bulunma durumuna göre algıladıkları kalite düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p=0,001$). Bu farklılığa göre ailesinde sağlık personeli bulunanların kalite algısı ortalaması 4,27 ailesinde sağlık personeli olmayanların ortalamasının ise 4,42 olduğu saptanmıştır. Kurumlar arası farklılık incelendiğinde de üniversite hastanesinde ve özel hastanede anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları itibariyle, fiziksel unsurlar, nezaket ve empati boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tablodaki anlamlı farklılıklardaki eğilimin tüm boyut ve kurumlarda ailesinde sağlık personeli bulunanların hizmetleri daha düşük kalitede algılandığı yönünde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.16: Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Sosyal Güvence						ANOVA Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	SGK (n:380)		Özel Sigorta (n:13)		Yok (n:14)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	3,94	0,68	4,30	0,64	4,16	0,55	0,083
Güvenilirlik	4,50	0,58	4,36	0,67	4,63	0,54	0,486
Sorumluluk	4,36	0,59	4,36	0,42	4,60	0,51	0,309
Güvence	4,34	0,63	4,37	0,59	4,61	0,43	0,264*
Nezaket	4,59	0,65	4,65	0,86	4,73	0,57	0,296*
Empati	4,37	0,80	4,62	0,62	4,50	0,55	0,479
Tüm Boyutlar (Genel)	4,35	0,52	4,44	0,48	4,54	0,42	0,342
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	<i>4,25</i>	<i>0,54</i>	<i>4,45</i>	<i>0,46</i>	<i>4,44</i>	<i>0,44</i>	<i>0,500</i>
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	<i>4,54</i>	<i>0,44</i>	<i>4,42</i>	<i>0,68</i>	<i>4,79</i>	<i>0,27</i>	<i>0,286</i>

*Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.16’da verilmiştir. Buna göre, hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumu ile algılanan hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17: Hastaların Kronik Rahatsızlığı Bulunma Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Kronik Rahatsızlığı Bulunma				T Testi Anlamlılık Düzeyleri(p)
	Var (n:186)		Yok (n:221)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	
Fiziksel Unsurlar	4,07	0,68	3,86	0,66	0,002
Güvenilirlik	4,55	0,56	4,45	0,60	0,081
Sorumluluk	4,46	0,49	4,29	0,63	0,004
Güvence	4,41	0,55	4,29	0,68	0,118*
Nezaket	4,67	0,61	4,54	0,69	0,031*
Empati	4,51	0,73	4,29	0,82	0,005
Tüm Boyutlar (Genel)	4,44	0,48	4,29	0,54	0,002
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	4,32	0,49	4,21	0,56	0,077
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	4,67	0,35	4,44	0,49	0,001

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hastaların kronik rahatsızlık bulunma durumuna göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.17’de verilmiştir.

Hastaların kronik rahatsızlık bulunma değişkeni yönünden algıladığı kalite ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kronik rahatsızlığı bulunan hastaların algıladığı kalite ortalamasının 4,55 olduğu, kronik rahatsızlığı bulunmayan hastaların ortalamasının ise, 4,29 olduğu saptanmıştır. Kurumlar arası farklılık incelendiğinde özel hastanede tedavi gören hastaların kronik rahatsızlık bulunma durumuna göre algıladıkları kalite düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları itibariyle farklılık incelendiğinde, fiziksel unsurlar, sorumluluk, nezaket ve empati boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.18: Hastaların Öncüller Arasından Önem Verme Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Öncüller Arasında Önem Verme						ANOVA Testi Anlamlılık Düzeyleri (p)	Post Hoc Testi Farklılıklar
	Kaliteli Tıbbi Hizmet (n:252) (1)		Hastanenin Özellikleri (n:23) (2)		Personelin Davranışı (n:125) (3)			
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	s		
Fiziksel Unsurlar	3,89	0,65	3,97	0,80	4,08	0,70	0,045	(1-3)
Güvenilirlik	4,52	0,58	4,27	0,70	4,49	0,58	0,141	
Sorumluluk	4,39	0,59	4,38	0,47	4,30	0,57	0,349	
Güvence	4,35	0,65	4,17	0,79	4,38	0,52	0,397*	
Nezaket	4,57	0,68	4,63	0,61	4,68	0,57	0,415*	
Empati	4,36	0,82	4,26	0,88	4,48	0,68	0,293	
Tüm Boyutlar (Genel)	4,35	0,53	4,28	0,57	4,40	0,48	0,478	
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	4,23	0,53	4,08	0,60	4,36	0,49	0,059	
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	4,54	0,47	4,66	0,21	4,55	0,41	0,768	

*Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Hastaların belirtilen öncüller arasından öncelik durumuna göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.18’de verilmiştir. Buna göre; Hastaların verilen öncüller arasında önem verdiği unsur değişkenine göre algıladıkları kalite düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı tek farklılığın fiziksel unsurlar alt boyutunda olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Tukey Testi sonucunda bu farklılığın 1. ($\bar{x} = 3,89$) ve 3. ($\bar{x} = 4,08$) gruplar arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.19: Hastaların Kurumu Tavsiye Etme Durumuna Göre Algılanan Kalite Düzeylerine İlişkin Ortalamalar

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Tavsiye Etme				T Testi Anlamlılık Düzeyleri
	Ederim (n:340)		Etmem (n:67)		
	Ort (\bar{x})	s	Ort (\bar{x})	S	
Fiziksel Unsurlar	4,08	0,61	3,33	0,64	0,001
Güvenilirlik	4,56	0,54	4,17	0,70	0,001
Sorumluluk	4,45	0,50	3,96	0,76	0,001
Güvence	4,45	0,52	3,82	0,84	0,001*
Nezaket	4,69	0,56	4,13	0,89	0,001*
Empati	4,50	0,68	3,83	1,04	0,001
Tüm Boyutlar (Genel)	4,45	0,44	3,87	0,60	0,001
<i>Tüm Boyutlar Üniversite</i>	4,35	0,47	3,75	0,54	0,001
<i>Tüm Boyutlar Özel</i>	4,60	0,39	3,89	0,53	0,001

* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hastaların kurumu tavsiye etme durumuna göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 4.19’da verilmiştir. Hastaların kurumu tavsiye etme durumuna göre algıladığı kalite düzeyinde genel, kurumlar arası ve tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tavsiye edenlerin algıladığı hizmet kalitesi ortalamasının (4,45) tavsiye etmeyenlerin ortalamasından (3,87) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer eğilim üniversite hastanesi ve özel hastanede de görülmektedir.

Tablo 4.20: Değişkenlere Göre Hastaların Algılanan Kalite Düzeylerinde Anlamlı Farklılıklar Bulunma Durumu Özet Tablosu

	Algılanan Kalite Düzeyi (Genel)	Algılanan Kalite Düzeyi (Üniversite)	Algılanan Kalite Düzeyi (Özel)
Kurum Türü	Fark Var		
Cinsiyet	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Yaş	Fark Var	Fark Yok	Fark Var
Medeni Durum	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Eğitim Düzeyi	Fark Var	Fark Yok	Fark Var
Gelir	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var
Yatış Türü	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Çalışma Durumu	Fark Var	Fark Yok	Fark Var
Yaşadığı Yer	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var
Bu Yatışında Ameliyat Olma Durumu	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var
Kurumda Daha Önce Yatma Durumu	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Ailede Sağlık Personeli Bulunma Durumu	Fark Var	Fark Var	Fark Var
Sosyal Güvence	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Kronik Rahatsızlığı Olma	Fark Var	Fark Yok	Fark Var
Verilen Öncüller Arasında Öncelik Durumu	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Tavsiye Etme	Fark Var	Fark Var	Fark Var

Veri toplama araçlarından olan Kişisel Bilgiler Formunda yer alan değişkenler ile algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin farklılık tablolarının özetinin yer aldığı liste Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.21: Regresyon Analizi: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyinin Daha Sonra Kurumu Tercih Etmeye Etkisi

	Algılanan Kalite	Daha Sonra Tercih	Metot	R	R Kare	Sx	ANOVA		Katsayı			VIF
	\bar{x}	\bar{x}					F	p	β	t	p	
Genel	4,35	4,24	Enter	,637 ^a	,406	,8371	276,302	,000^a	1,328	16,222	0,000	1,000
Üniversite	4,26	4,09	Enter	,600 ^a	,360	,9294	150,952	,000^a	1,313	12,286	0,000	1,000
Özel	4,54	4,55	Enter	,680 ^a	,462	,6177	116,153	,000^a	1,286	10,777	0,000	1,000

Hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin ihtiyaç duyulduğunda bu kurumu bir daha tercih etme niyeti üzerine etkisini gösteren regresyon analizi test sonuçları Tablo 4.21’ de verilmiştir. Buna göre; algılanan hizmet kalitesinin kurumu bir daha tercih etmeye etkisi üzerine kurulan modelde; $p=0,000$ anlamlılık düzeyinde $R^2=0,406$ olarak bulunmuştur. Bu oran kurumu tekrar tercih etme niyetinin %40’ının algıladığı kaliteyle açıklandığı göstermektedir.

Üniversite hastanesinde algılanan kalitenin daha sonra tercih etme niyetini açıklama oranının ($R^2=0,360$) özel hastaneden ($R^2=0,462$) daha düşük olduğu saptanmıştır. β katsayısının 1,328 olduğu saptanmıştır. Buna göre genel olarak algılanan kalite düzeyinde ki 1 birimlik bir artış, tekrar tercih üzerinde 1,32 birimlik artışa etki etmektedir. Üniversite hastanesinde β katsayısının 1,313 özel hastanede ise 1,286 olduğu saptanmıştır. Bu oranlar iki kurumda da algılanan kalite düzeyindeki artışlarının tekrar tercih etme düşüncesine anlamlı ve pozitif yönde etki ettiğini göstermektedir.

Tablo 4.22: Regresyon Analizi: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyinin Genel Memnuniyet Düzeyine Etkisi

	Algılanan Kalite	Memnuniyet	Metot	R	R Kare	Sx	ANOVA		Katsayı			VIF
	\bar{x}	\bar{x}					F	p	β	t	p	
Genel	4,35	4,14	Enter	,688 ^a	,473	,6420	364,111	,000^a	1,169	19,082	0,000	1,000
Üniversite	4,26	4,01	Enter	,665 ^a	,442	,6840	212,374	,000^a	1,146	14,573	0,000	1,000
Özel	4,54	4,39	Enter	,692 ^a	,479	,5532	124,292	,000^a	1,191	11,149	0,000	1,000

Hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin memnuniyet üzerindeki etkisini gösteren regresyon analizi test sonuçları Tablo 4.22’de verilmiştir. Buna göre; algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi üzerine kurulan modelde; $p=0,000$ anlamlılık düzeyinde $R^2=0,473$ olarak bulunmuştur. Bu oran, hasta memnuniyetin %47’sinin algıladığı hizmet kalite düzeyiyle açıklandığını göstermektedir. β katsayısının ise 1,169 olduğu saptanmıştır. Bu oran algılanan kalite düzeyindeki 1 birimlik artışın genel memnuniyet üzerinde 1,16 birimlik bir artışa neden olabileceğini göstermektedir.

Üniversite hastanesinde algılanan kalitenin genel memnuniyeti açıklama oranının $R^2=0,442$ olduğu saptanmıştır. Bu oran memnuniyetin %44’ünün algılanan kalite sayesinde olduğunu göstermektedir. Özel hastanede ise bu oranın, $R^2=0,479$ düzeyinde olduğu saptanmıştır. Üniversite ve özel hastanede β katsayılarının 1,14 ve 1,19 olması algılanan kalite düzeyinde ki bir birimlik artışın genel memnuniyet üzerinde 1 birimden daha fazla bir etkiye neden olacağını göstermektedir.

Tablo 4.23: Yaş ve Eğitim Durumu Çapraz Karşılaştırması

		Yaş						Toplam
		18-27	28-37	38-47	48-57	58-67	68 ve üzeri	
Eğitim Düzeyi	ilköğretim	1	11	25	39	60	97	233
	lise	20	13	20	20	15	4	92
	önlisans	17	4	3	2	3	1	30
	lisans	15	19	5	2	8	2	51
	TOPLAM	53	47	53	63	86	104	406

Tablo 4.23’de hastaların yaş ve eğitim düzeylerinin çapraz olarak karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Tablo 4.7 ve Tablo 4.9’daki sonuçlar birbirini desteklemekle birlikte, genç yaşta hastaların daha yüksek düzeyde eğitime sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.24: SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

		Fiziksel Unsurlar	Güvenilirlik	Sorumluluk	Güvence	Nezaket	Empati	Tüm Boyutlar (Genel)
Fiziksel Unsurlar	Pearson Correlation	1						
	Sig. (2-tailed)							
Güvenilirlik	Pearson Correlation	,526**	1					
	Sig. (2-tailed)	0,001						
Sorumluluk	Pearson Correlation	,539**	,614**	1				
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,001					
Güvence*	Spearman Correlation	,521**	,555**	,729**				
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000				
Nezaket*	Spearman Correlation	,446**	,492**	,553**	,567**			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000			
Empati	Pearson Correlation	,484**	,538**	,582**	,592**	,635**	1	
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		
Tüm Boyutlar (Genel)	Pearson Correlation	,747**	,779**	,822**	,828**	,790**	,819**	1
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	
	N	407	407	407	407	407	407	407

*: Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Spearman's korelasyonu yapılmıştır.**: Korelasyonlar %99 güven düzeyinde çift yönlü olarak anlamlı bulunmuştur.

Ölçek boyutları ve genel algılanan kalite düzeyi arasında yapılan korelasyon testi sonucuna göre $p=0,001$ anlamlılık düzeyinde yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre genel kalite algısıyla pozitif yönde anlamlı ilişki içerisinde olan boyutlar sırasıyla; güvence ($r=0,828$), sorumluluk ($r=0,822$), empati ($r=0,819$), nezaket ($r=0,790$), güvenilirlik ($r=0,779$) ve fiziksel unsurlardır ($r=0,747$). Birbiriyle pozitif yönlü, anlamlı ve en yüksek düzeyde ilişkiye sahip olan boyutların sorumluluk ve güvence ($r=0,729$) olduğu saptanmıştır.

Hipotez Testleri

Hipotez 1: Araştırma bulgularına göre algılanan kalite düzeyi, hastane türüne göre $p=0,001$ anlamlılık düzeyinde farklılık göstermektedir. Dolayısıyla H_0 (Hastane türüne göre algılanan kalite düzeyleri arasında bir farklılık yoktur.) hipotezi reddedilmiş H_1 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 4.4).

Hipotez 2: Araştırma bulgularına göre algılanan kalite düzeyi, cinsiyet, medeni durum, hane aylık gelir, hastaneye yatış türü, yaşadığı yer, ameliyat olma durumu, sosyal güvence bulunma durumu ve kaliteli tıbbi hizmet, hastanenin özellikleri, personelin davranışı ifadelerine öncelik verme yönünden $p \leq 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Dolayısıyla bu değişkenler açısından H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Ancak, yaş ($p=0,004$), eğitim düzeyi ($p=0,013$), çalışma durumu ($p=0,038$), ailesinde sağlık çalışanı olma durumu ($p=0,010$), kronik rahatsızlığı bulunma durumu ($p=0,002$), tavsiye etme durumu ($p=0,001$) değişkenleri açısından H_0 hipotezi reddedilmiş ve H_1 hipotezi kabul edilmiştir. (Tablo 4.5 – Tablo 4.19)

Hipotez 3: Araştırma bulgularına göre algılanan kalite düzeyi, ihtiyaç duyulduğunda kurumu bir daha tercih etme düşüncesine $p=0,001$ anlamlılık düzeyinde $R^2=0,406$ oranı ve $\beta=1,328$ katsayısı ile etki etmektedir. Algılanan kalite düzeyi, genel memnuniyet düşüncesine de $p=0,001$ anlamlılık düzeyinde $R^2=0,473$ oranı ve $\beta=1,169$ katsayısıyla etki etmektedir. Dolayısıyla H_0 (Hastaların algıladıkları kalite düzeyi ile hastaneyi bir daha tercih etme ve genel memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur) hipotezi reddedilmiş, H_1 hipotezi kabul edilmiştir. (Tablo 4.21- Tablo 4.22)

Hipotez 4: Araştırma bulgularına göre SERVPERF Ölçeği boyutları ve genel algılanan kalite düzeyi arasında $p=0,001$ anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü, yüksek dereceli ilişki saptanmıştır. Genel kalite algısı ile sırasıyla; güvence ($r=0,828$), sorumluluk ($r=0,822$), empati ($r=0,819$), nezaket ($r=0,790$), güvenilirlik ($r=0,779$) ve fiziksel unsurlar ($r=0,747$) boyutu ile pozitif ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki içerisindedir. Dolayısıyla H_0 : (SERVPERF Ölçeği alt boyutları ve genel algılanan kalite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.) hipotezi reddedilmiş, H_1 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 4.24)

5. TARTIŞMA

Tablo 5.1’ de Google Akademik, Web of Science ve PubMed veri tabanlarında “SERVPERF” ve “hospital” anahtar kelimeleriyle yapılan tarama sonucunda karşılaştırma yapılabilecek çalışma bulguları ile zaman kısıtı açısından Yöktez veri tabanında servperf ve servqual ölçekleri kullanılarak Türkiye’deki hastanelerde yapılan hizmet kalitesi çalışmalarından karşılaştırma yapılabilecek olanların bulguları yer almaktadır (Sağlık hizmetlerinde kaliteyi hasta açısından ölçen 60’ın üzerinde tez olduğu görülmüş ve çalışma amacından uzaklaşmamak adına son iki yılda yapılan ve karşılaştırılabilir bulguları olan çalışmalar ele alınmıştır).

Tablo 5.1: Literatürdeki Benzer Algılanan Kalite Ölçümü Çalışmaları

Yazar	Yıl	Çalışma Adı	Bulgu ve Sonuç
Korkeatsirikul	2011	Customer Satisfaction With Service Quality of A Hospital	Tayland'da SS Hastanesi'nde 290 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; genel algılanan kalite düzeyi 4,10 olarak ölçülmüştür. Hastanede geliştirilmeye en çok ihtiyaç duyulan unsurların, bekleme süreleri ve otopark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Aydın ve Yıldırım	2012	Hizmet Sektöründe SERVPERF Ölçeği ile Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi (Sağlık Hizmetleri Sektöründe Bir Uygulama)	Bir özel hastanede 146 hastayla SERVPERF-M Ölçeği yapılan çalışmada; hastaların ölçek ifadeleri hakkında beklentileri, önemli bulma düzeyleri ve algıladıkları kalite ölçülmüştür. Algılanan ortalama kalite düzeyi 4,06 olarak ölçülmüştür.
Kayral	2014	Perceived Service Quality in Healthcare Organizations and a Research in Ankara by Hospital Type	Ankara ilinde çeşitli hastanelerde (devlet, eğitim araştırma, fakülte ve özel) yatan 2287 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, algılanan kalite düzeyi ortalama olarak 4,26 olarak hesaplanmıştır. Kurumlar arasında algılanan kalite düzeyinin en yüksek olduğu hastane, genel devlet hastanesi ve özel hastane olarak belirlenirken (4,40) en düşük kalite algısına ise fakülte hastanesinin (4,04) sahip olduğu saptanmıştır. Genel olarak en düşük kalite algısına sahip olan boyutun fiziksel özellikler boyutu olduğu saptanmıştır.
Arab vd.	2012	The Effect of Service Quality on Patient loyalty: a Study of Private Hospitals in Tehran, Iran.	İran'da 8 özel hastanede 943 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada algılanan hizmet kalite ortalaması 3,99 olarak saptanmıştır ve algılanan kalite ile sadakat ve tavsiye etme gibi unsurlar arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Yazar	Yıl	Çalışma Adı	Bulgu ve Sonuç
Musa vd.	2012	How Satisfied are Inbound Medical Tourists in Malaysia? A Study on Private Hospitals in Kuala Lumpur	Kuala Lumpur'da 5 özel hastaneden hizmet alan 137 sağlık turisti ile SERVPERF Ölçeği'nin 11'li Likert türü kullanılarak yapılan çalışmada; Ölçülen skor 5'li Likert'e oranlandığında 4,16 skoru elde edilmektedir. Çalışmada bununla birlikte, otopark, gürültü, bekleme sürelerine yönelik ifadelerde düşük skor raporlanmıştır.
Byju ve Srinivasulu	2014	Service Quality Measurement and Its Relation With Overall Customer Satisfaction in Healthcare	Hindistan Pudiçeri Bölgesi'ndeki 2 hastaneden hizmet alan hastalar ve personelden oluşan 340 kişi ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; hastalarda 4,13 personelde 4,26 skoruyla algılanan kalite ölçülmüş. Bununla birlikte yapılan regresyon analizi sonucunda sorumluluk, empati ve fiziksel unsurlar boyutunun tatmini önemli oranda etkilediği rapor edilmiştir.
Mensah vd.	2014	Empirical Investigation of Service Quality in Ghanaian Hospitals	Gana'nın Accra Bölgesi'nde kamu, yarı kamu ve özel hastaneden hizmet alan 400 hasta ile SERVPERF Ölçeği 7'li Likert türünde kullanılarak yapılan çalışmada; genel algılanan kalite skoru 5,22 olarak saptanmıştır. Bu oran karşılaştırma yapmak adına 5'li Likert'e oranlandığında 3,72 skoru elde edilmektedir. Çalışmada bununla birlikte en düşük ortalamaların güven, güvence ve sorumluluk boyutlarında olduğu tespit edilmiştir.
Martins vd.	2015	Assessing Obstetrics Perceived Service Quality at a Public Hospital	Bir kamu hastanesinin obstetri biriminden hizmet alan 81 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; algılanan kalite düzeyi genel olarak 5,91 olarak ölçülmüştür. Bu skor, karşılaştırma yapmak amacıyla 5'li likerte oranlandığında 4,22 puanı elde edilmektedir. Çalışmada bunun dışında, geliştirmeye en çok ihtiyaç duyulan boyutun, fiziksel özellikler boyutu sonucuna ulaşılmıştır.
Le PT ve Fitzgerald	2015	A Study on Patient Satisfaction at Khanh Hoa Provincial General Hospital	Vietnam'da bir genel hastanede yatmakta olan 1000 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; genel algılanan kalite düzeyi 4,13 olarak ölçülmüş ve geliştirmeye en çok ihtiyaç duyulan boyutun 2,69 ile sorumluluk boyutu olduğu saptanmıştır.
Zarei vd.	2015	The Effect of Hospital Service Quality on Patient's Trust	İran'da 8 özel hastanede hizmet alan 969 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; algılanan hizmet kalitesi skoru 4,01 olarak ölçülmüştür. Çalışmada bununla birlikte güvenin yaklaşık %38'inin algılanan hizmet kalitesi ile açıklandığı raporlanmıştır.
Kannan ve Saravanan	2016	Patients Perception toward Quality of Health Care & Hospitals in Rural India	Hindistan'ın kırsal bölgesindeki bir hastaneden hizmet alan kişilerle SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada tüm boyutlardaki kalitenin düşük olarak algılandığı ve 3,00 skorunun altında ölçüm yapıldığı belirtilmektedir.
Songur vd.	2017	Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVPERF Ölçeği ile Ölçülmesi: "Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi Örneği"	Bir kamu hastanesine başvuran 385 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; genel algılanan kalite düzeyi 3,77 olarak ölçülmüştür ve geliştirmeye en çok ihtiyaç duyulan boyutun güvenilirlik olduğu saptanmıştır.

Yazar	Yıl	Çalışma Adı	Bulgu ve Sonuç
Pathak	2017	An Analysis of Outpatients' Perceived Service Quality and Satisfaction in Selected Private Hospitals of Kathmandu	Nepal'de 10 özel hastanede poliklinik hizmeti alan 200 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; 5'li Likert üzerinden 3,75 skoru elde edilmiştir. Bununla birlikte regresyon analizi sonucunda, memnuniyeti en çok etkileyen boyutun empati en az etkileyen boyutun ise fiziksel unsurlar olduğu bulgusu rapor edilmiştir.
Akdere vd.	2018	Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model	Türkiye'de bir kamu hastanesinde yatan 972 hastayla SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; tüm boyutların, genel kalite algısıyla yüksek oranda ilişkili olduğu saptanmış bununla birlikte genel kalite puanı 3,76 sd=0,78 olarak ölçülmüştür.
Cristina vd.	2019	Study on Performance Evaluation of Services Provided in A Public Hospital	Romanya'da bir kamu hastanesinde yatmakta olan 100 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada kalite algısı genel ortalaması 3,92 olarak ölçülmüş ve algılanan kalitenin en düşük olduğu boyutun fiziksel unsurlar olduğu saptanmıştır.
Ştefan vd.	2019	Analysis of Patient's Perception on The Performance of Human and Non Human Resources in A Public Hospital	Romanya Slatina'da bir kamu hastanesinden hizmet alan 100 hasta ile SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; algılanan kalite genel olarak 3,92 olarak ölçülmüş ve geliştirilmeye en çok ihtiyaç duyulan boyutun fiziksel unsurlar olduğu saptanmıştır.
Altınsoy	2019	Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Hastalar Üzerinde İncelenmesi: Bir Kamu ve Bir Özel Hastane Örneğinin Karşılaştırması	İstanbul ilinde bir kamu ve özel hastaneden hizmet alan 480 hasta ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılmış çalışmada, özel hastanede algılanan kalite düzeyi 3,94, kamu hastanesinde 3,59 olarak ölçülmüşve genel kalite algısıyla en fazla ilişki içerisinde olan boyutun güven (r=,937) en az ilişkide olan boyutun ise (r=,874) fiziksel unsurlar boyutu olduğu saptanmıştır.
Memiş	2019	Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Hizmet Kalitesi Bağlamında Ölçülmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Anket Araştırması	İstanbul ilinde bir özel hastanede 392 katılımcı ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; algılanan kalite düzeyi 3,74 olarak ölçülmüştür.
Genç	2019	Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği	Sivas ilindeki bir kamu hastanesinde 300 hasta ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, algılanan kalite düzeyi 4,07 olarak ölçülmüştür.
Ekmekçi	2019	Hastaların Sağlık Hizmeti Beklenti ve Algılarının Ölçümü: Malatya Kamu ve Özel Hastanelerinde Karşılaştırmalı Analiz	Malatya ilindeki bir özel ve bir kamu hastanesinden hizmet alan 600 hasta ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; kamu hastanesinde algılanan kalite düzeyi 4,17 özel hastanede ise 4,74 olarak ölçülmüştür. Yapılan regresyon analizinde kalite algısının, memnuniyete R=,870 oranında B=1,014 katsayısı ile etki ettiği saptanmıştır.
Er	2019	Kişilik Özelliklerinin Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama	Bolu ilinde bir devlet hastanesinden hizmet alan 403 hasta ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; algılanan kalite düzeyi 3,41 olarak ölçülmüştür. Çalışmada duygusal ve dışa dönük kişilik özellikleri arttıkça algılanan kalite düzeyinin azaldığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Yazar	Yıl	Çalışma Adı	Bulgu ve Sonuç
Özpolat	2019	Samsundaki Hastanelerin Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi	Samsun ilinde 3 özel, 2 kamu ve 1 üniversite hastanesinden hizmet alan 330 hasta ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada hastaneler arası ortalama algılanan kalite düzeyi 4,11 olarak ölçülmüştür. Hastaların en fazla önem verdiği boyut fiziksel unsurlar boyutuyken en az tatmin sağlanan boyutun da fiziksel unsurlar boyutu olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.
Saltık	2019	Yatarak ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Kalite Algılarının Hastane Türleri Üzerine Araştırılması	Muğla ilindeki bir özel, bir kamu ve bir üniversite hastanesinden hizmet alan 469 hasta ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; yatarak tedavi gören hastaların genel algılanan kalite düzeyi 3,56 olarak ölçülmüştür. Kamu ve üniversite hastanesi ortalaması birbirine yakınken (3,36-3,35) özel hastanede algılanan kalite ortalamasının 3,84 olduğu raporlanmıştır.
Arslan Kurtulmuş	2019	Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma	İstanbul ilinde bir kamu, bir özel ve bir üniversite hastanesinden hizmet alan 1522 hasta ile yapılan çalışmanın bir bölümünde, SERVPERF Ölçeği kullanılarak algılanan kalite düzeyi ölçülmüş ve kamu hastanesinde 3,58 özel hastanede 4,21 ve üniversite hastanesinde 3,63 düzeyinde algılanan kalite olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda, kamu hastanesinde algılanan hizmet kalitesinin, hasta tatmini ve tekrar kullanma niyeti üzerinde anlamlı etkileri olduğu raporlanmıştır.
Tosun	2019	Kuruma Güven ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Davranışsal Niyete Etkilerinin Ölçülmesinde Şikayet Yönetiminin Aracılık Rolü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği	Çalışmanın bir bölümünde bir üniversite hastanesine yapılan şikayet sahiplerinin algıladığı hizmet kalitesi SERVPERF Ölçeği kullanılarak 3,65 olarak ölçülmüştür. Çalışmada bununla birlikte ölçek alt boyutlarındaki algılar ile, müşteri memnuniyeti, etkileşim adaleti, prosedür ve dağıtım adaleti, olumlu davranışsal niyet ve olumsuz davranışsal niyet tutumları arasında anlamlı ilişkiler olduğu raporlanmıştır.
Doğan	2019	Servqual Modeli Kullanarak Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Balıkesir Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama	Balıkesir ilinde bir üniversite hastanesinde 210 hasta ile Servqual Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, algılanan kalite düzeyi 3,75 olarak ölçülmüştür. Çalışmada ayrıca, algılanan kalite düzeyinin en yüksek olduğu boyutun fiziksel unsurlar, en düşük olan boyutun ise heveslilik boyutu olduğu raporlanmıştır.

Çalışmanın bu kısmında araştırmanın hipotezleri doğrultusunda algılanan kalite düzeyleri; alt boyutlarla ilişki, hastaların sosyo-demografik ve diğer değişkenlerine göre farklılıklar ve yapılan ilişki ve etki analizleri yönünden, belirtilen çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılmıştır. Belirtilen veri tabanlarında SERVPERF ölçeği kullanılarak yapılan algılanan hizmet kalitesi çalışmalarında karşılaştırılabilir bulgular itibariyle; en yüksek algılanan kalite düzeyinin $\bar{x}=4,35$ ortalamasıyla araştırmamızda olduğunu söyleyebiliriz. En düşük algılanan kalite düzeyinin tespit edildiği çalışmanın ise; $\bar{x}=3,00$ skoruyla Kannan ve Saravanan'ın (2016) Hindistan'ın kırsal bölgesindeki bir hastanede yaptığı çalışma olduğu söylenebilir.

Tablo 5.1'de verilen çalışmaların sonuçları ve çalışmamız da dahil incelendiğinde Türkiye'nin çeşitli bölgelerindeki hastanelerde yapılan çalışmalarda algılanan kalite ortalamasının $\bar{x}=3,90$ olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte belirtilen çalışmalar itibariyle Türkiye'de algılanan kalite düzeyi en yüksek olan hastane, Samsun'da bir özel hastaneyken ($\bar{x}=4,87$) en düşük algılanan kalite düzeyine sahip olan hastanenin ise, Muğla'da bir üniversite hastanesi olduğu ($\bar{x}=3,35$) bulgusuna ulaşılmıştır.

Çalışmamız, alt boyutlar itibariyle en düşük algılanan kalite düzeyine sahip boyutun fiziksel unsurlar olması yönüyle literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.2). Ancak, yapılan analizler sonucunda alt boyutlar bağımsız değişken, algılanan kalite bağımlı değişken olduğu modelde; bağımsız değişkendeki 1 birimlik artışın genel kalite algısındaki değişim üzerindeki etkisi incelendiğinde sırasıyla; güvence, empati, fiziksel unsurlar, güvenilirlik, nezaket ve sorumluluk etki etmektedir. Pathak (2017) ile Mensah ve diğerlerinin (2014) çalışmasıyla paralellik gösteren bu durum, hastaların fiziksel unsurlar boyutunda algıladığı düşük kaliteye rağmen, fiziksel somut unsurlarda mı yoksa soyut unsurlarda mı iyileştirmelerin yapılmasının kurum kalitesine daha fazla etkisi olacağını düşündürebilir.

Çalışmamızda SERVPERF Ölçeği boyutlarının birbiriyle korelasyonu incelenmiş ve en yüksek değer güvence ve sorumluluk boyutları arasında olduğu saptanmıştır ($r=0,729$)(Tablo 4.24). Akdere ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da

benzer bir şekilde sorumluluk ve güvence boyutları arasında güçlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=,804$). Bu durum, hasta kabulden taburcu aşamasına kadar her türlü konuda bilgilendirme ve hastaların tedaviye, personel ve kuruma güvenmesi gibi ifadelerle ölçülen boyutların, birbirleri ile doğru orantılı bir biçimde ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Bu benzerlik genel algılanan kalite düzeyi ile boyutlar arasındaki ilişki açısından da geçerlidir. Akdere vd.'nin (2018) çalışmasında genel kalite düzeyi ile en yüksek düzeyde ilişki içerisinde olan boyut güvence boyutu ($r=0,912$), en düşük düzeyde ilişkide olan boyut fiziksel unsurlar boyutu ($0,725$) iken, bu çalışmamızda da güvence boyutunun en yüksek düzeyde ($r=0,828$) ilişkiye, fiziksel unsurlar boyutunun ($r=,747$) ise, en düşük düzeyde ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.24).

Algılanan kalite düzeyi ile boyutlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada da (Altınsoy, 2019) benzer bulgular elde edilmiştir; en yüksek düzeyde ilişkiye, güven ($r=,937$) en düşük düzeyde ilişki ise fiziksel unsurlar ($r=,874$) boyutunun sahip olduğu belirtilmektedir. En düşük düzeyde ilişkide bulunmasına rağmen belirtilen korelasyon katsayıları, sağlık kurumlarında algılanan kalite düzeyi ölçek alt boyutları ile çok yüksek düzeyde ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada algılanan kalite düzeyinin kurumu bir daha tercih etme niyeti ve genel memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisini görmek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda algılanan kalitenin; kurumu bir daha tercih etme niyeti ve genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve olumlu etkisi olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.21-4.22). Çalışmanın algılanan kalite düzeyinin, memnuniyet ve tekrar tercihi olumlu yönde etkileyen bu beklendik bulgusu ilgili literatürdeki diğer çalışmalarla da desteklenmektedir (Kayral, 2012; Arslan Kurtulmuş, 2019; Tosun, 2019). Bu durum hastaların algıladığı kalite düzeyinin, bireylerin tutum, davranış ve algıları üzerinde önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda özel hastanede yatan hastaların algıladığı kalite düzeyinin üniversite hastanesinde yatan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4). Özel ve üniversite hastanesinin karşılaştırılmasındaki bu durumu; ilgili

literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Kayral, 2012; Arslan Kurtulmuş, 2019; Saltık, 2019; Özpolat, 2019). Kar amacı güden ve varlığını devam ettirebilmek için tüketici memnuniyetini gözetmek zorunda olan özel hastanelerin yüksek kalitede hizmet sunması beklendik bir bulguyken üniversite hastanelerinde algılanan kalite düzeyinin düşük olmasının nedenleri araştırılabilir.

Çalışmamıza katılan genç hastaların algıladıkları kalite düzeyi ileri yaş gruplarına göre daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Memiş (2019) yaptığı çalışmada bu bulguya ters olarak yaşlıların algıladığı hizmet kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. İlgili literatürdeki diğer çalışmalarda yaş değişkeni yönünden anlamlı bir farklılık olduğunu bulgusuna ulaşmamıştır.

Çalışmamızın önemli bir bulgusu bireylerin eğitim düzeyi arttıkça algıladığı kalite düzeyinin azalmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.7).Yapılan çalışmaların bir kısmı çalışmamızın bu bulgusunu desteklerken (Martins, 2015; Le PT ve Fitzgerald, 2015; Memiş, 2019) çalışmamızın aksine Er'in (2019) çalışmasında düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin hizmet kalite algısının daha düşük olduğunu saptanmıştır. Diğer çalışmalarda ise, eğitim düzeyinin algılanan kalite üzerinde herhangi bir farklılığa neden olmadığı belirtilmektedir (Altınsoy, 2019; Özpolat, 2019; Saltık, 2019; Genç, 2019; Doğan, 2019). Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça algıladığı kalite düzeyinin azalması beklendik bir bulgu olarak düşünülebilir. Çünkü, eğitimin beklentileri artırdığını, kıyaslama, değerlendirebilme ve eleştirebilme yetisini kazandırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda genç yaşta olan hastaların eğitim düzeyinin yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 23). Genç ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların algıladığı kalite düzeyindeki düşüklük gençlerin ve aynı zamanda eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hizmetlere daha eleştirel ve kıyaslayıcı yaklaştığını göstermektedir.

Çalışmamızda, Genç (2019) ve Özpolat'ın (2019) çalışmasıyla benzer şekilde, hastaların ikamet ettikleri yere göre algıladığı kalite düzeyleri arasında

anlamli bir farklılığa ulaşılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12). Bununla birlikte Le PT ve Fitzgerald (2015) çalışmasında şehir merkezinden uzakta yaşayanların algıladığı kalite düzeyinin daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum tek bu değişkenle açıklanamamakla birlikte; daha sosyal bir hayatın olduğu il merkezlerinde yaşayan bireylerin hizmetlerden daha az memnun olduğunu ve hizmetleri daha fazla eleştirip yüksek beklenti içerisinde olduğunu gösterebilir.

Çalışmamızda ailesinde sağlık personeli bulunan hastaların algıladıkları kalite düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15). Bu durum ailesinde sağlık personeli olan bireylerin sağlık okuryazarlığının etkisini veya bu hastaların daha kaliteli hizmet almak istediğini gösterebilmektedir.

Pathak (2017) çalışmasında hastaların önem verdiği unsurları; personelin tutumu, modern teknolojinin kullanılması, temiz ve nezih bir mekan, fiyat şeklinde sıralamıştır. Çalışmamızda ise, kaliteli tıbbi hizmet almak, personelin davranışı, hastanenin fiziksel özellikleri şeklinde bir sıralama elde edilmiştir (Tablo 4.18). Çalışmamızın bu bulgusu; hastaların sağlık hizmetinin teknik kalite yönüne, kurum özellikleri ve personel davranışından daha fazla önem verdiğini göstermektedir.

Karşılaştırma yapılan çalışmaların bir kısmında (Musa vd., 2012; Korkeatsirikul, 2011; Kayral, 2012; Pathak, 2017; Ştefan, 2019) bu çalışmayla benzer şekilde, otopark, yemek veya bina gibi fiziksel unsurlarda algılanan kalite düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde yeni açılan hastanelere işletme ruhsatı verilirken bu hususlara dikkat edilse de, eski yapılarda da bu sorunların çözüme kavuşması, algılanan kalite düzeyi açısından büyük öneme sahiptir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırma yapılan kurumlardaki algılanan kalite düzeyi, literatürde ulaşılabilen ve karşılaştırma yapılabilecek çalışma bulgularıyla karşılaştırıldığında daha iyi bir düzeydedir.
- Özel hastanede yatan hastaların algıladığı kalite düzeyi üniversite hastanesinde yatan hastaların algıladığı kalite düzeyinden daha yüksektir.
- Özel hastanede algılanan kalite düzeyi en yüksek olan boyut nezaket en düşük olan boyut ise fiziksel unsurlardır.
- Üniversite hastanesinde algılanan kalite düzeyi en yüksek olan boyut, özel hastaneyle benzer şekilde nezaket, en düşük olan boyut ise fiziksel unsurlardır.
- Ölçek alt boyutları açısından algılanan kalite düzeyleri incelendiğinde, kurumlar arasında bir benzerlik söz konusudur. En düşük kalitede algılanan boyutun fiziksel unsurlar ve en yüksek kalitede algılanan boyutun nezaket olması; iki kurumda da bina, otopark, yemek kalitesi, temizlik, gürültü, odaların konforu gibi özelliklerde eksiklik olabileceğini gösterirken, kurumlarda çalışan personelin hasta ve yakınlarına karşı tutum ve davranışları konularında iyi bir düzeyde olduğunu göstermektedir.
- Çalışmada genç yaşta olan hastaların algıladığı hizmet kalitesinin yaşlılardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Eğitim düzeyi arttıkça algılanan kalite ortalaması düşmektedir.
- Ailesinde sağlık personeli bulunan bireylerin algıladığı hizmet kalitesi daha düşük seviyededir.
- Kronik hastalığı bulunan bireyler daha yüksek kalite algısına sahiptir.
- Daha önce aynı kurumda yatan bireylerle ilk defa yatan bireyler arasında $p \leq 0,061$ anlamlılık düzeyinde de olsa, daha önce de yatmış olan bireylerin algıladığı kalitenin düşük olmasının sebebi kurumda bir gelişim ve değişim görmemiş olması olabilir.

- Hastalara çeşitli unsurlar arasından önem verme derecesi sorulduğunda hastaların %60'ının kaliteli tıbbi hizmet almak seçeneğine önem vermesine rağmen, personel davranışına öncelik veren hastaların oranı da (%30) azımsanmayacak düzeydedir. Bu durum, sağlık personelinin davranış ve tutumunun, hastane seçimi ve tavsiye edilmesinde önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.
- Kurulan regresyon modelinde algılanan kalitenin, tekrar tercih etmeyi açıklama oranı analiz edildiğinde; üniversite hastanesinin özel hastaneden daha düşük ($R^2=0,360$) olmasının, daha nitelikli bir sağlık hizmetine bağlılığın bir sonucu olduğu söylenebilir. Özel hastanede algılanan hizmetin daha sonra tercihi açıklama oranının, $R^2=0,462$ gibi yüksek bir oran olması; sağlık hizmetinde algılanan kalitenin çok önemli bir yere sahip olduğunu gösterebilir.

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçlarına dayalı öneriler şunlardır;

- Aşağıdaki tabloda verilen değerlendirme kriterleri hastaların algıladığı kalite düzeyi doğrultusunda yazarın öznel değerlendirmelerine dayanmaktadır. Bu derecelendirmeye göre algılanan kalite düzeyi düşük olan alanlardan başlayarak imkanlar ölçüsünde iyileştirmeler yapılması önerilmektedir.

Alanlar	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane
Fiziksel Unsurlar	Düşük	Orta
Güvenilirlik	Orta	İyi
Sorumluluk	Orta	İyi
Güvence	Orta	İyi
Nezaket	İyi	Çok iyi
Empati	Orta	İyi
Bina, Tesis, Cihaz ve Ekipman	Düşük	Orta
Otopark	Çok Düşük	Çok Düşük
Yemek	Düşük	İyi
Temizlik	Düşük	İyi
Gürültü	Orta	Çok İyi
Kayıt, Yatış ve Taburcu İşlemleri	Orta	Orta

- Sağlık hizmeti alan her bireyin potansiyel bir ağızdan ağıza pazarlama unsuru olduğu göz önünde bulundurularak geliştirme ve iyileştirmeler yapılması hasta sadakati ve tavsiye etme tutumları üzerinde olumlu etki sağlayabilir.
- Çalışma bulgularında yer alan algılanan kalitenin, kurumu bir daha tercih etmeye ve genel memnuniyet düzeyine yüksek düzeyde ve olumlu etkisini gösteren analiz doğrultusunda kurumların kalite iyileştirmelerine önem vermeleri kısa ve uzun vadede olumlu çıktılara ulaşılmasını sağlayabilir.
- İleride yapılacak çalışmalarda sağlık hizmetlerinde teknik ve algılanan kaliteyi sentezleyip aynı anda değerlendirebilen ölçümlerin (Baylor Health Care System uygulamasında olduğu gibi) yapılması; sağlık hizmetlerinde kaliteye bütüncül ve farklı bir bakış açısı kazandırabilir.

7. KAYNAKÇA

- Akbolat, M. (2013). Hastane Bilgi Sistemleri. İçinde, A. Yılmaz (Ed.), *Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri*. Anadolu Üniversitesi:Eskişehir
- Akdere, M., Top, M., Tekingündüz, S. (2018). Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management & Business Excellence*, 31(3-4), 342-352.
- Akyurt, N. (2008). *Hastanelerde Akreditasyon Standartları*. İstanbul:Ege ISBN: 9788-605-4057-04-7
- Alacadağlı, E. (2019). Bilgi Yönetimi, Dijitalleşme ve Türk Sağlık Sistemi. *Electronic Turkish Studies*, 14(2).
- Al-Aomar, R. A. (2011). Applying 5S LEAN Technology: An infrastructure for continuous process improvement. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 59, 2014-2019
- Altınsoy, B.D. (2019). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Hastalar Üzerinde İncelenmesi: Bir Kamu ve Bir Özel Hastane Örneğinin Karşılaştırması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Anderson, E. A. (1995). Measuring service quality at a university health clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(2), 32-37.
- Anderson, J. C., Rungtusanatham, M., Schroeder, R. G. (1994). A theory of quality management underlying the Deming management method. *Academy of management Review*, 19(3), 472-509.
- Arab, M., Tabatabaei, S. G., Rashidian, A., Forushani, A. R., Zarei, E. (2012). The effect of service quality on patient loyalty: a study of private hospitals in Tehran, Iran. *Iranian journal of public health*, 41(9), 71.
- Arslan Kurtulmuş, S.(2019). *Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- Ateş, M. (2016). *Sağlık Sistemleri* (Vol. 3). İstanbul: Beta.
- Atilla, G., Oksay, A., Erdem, R. (2012). Hekim- Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi/ Istanbul University Faculty of Communication Journal*(43), 23-37.
- Aral, Y., Cevger, Y., Demir, P., Aydın, E. (2010). Ankara İli Evcil Hayvan Veteriner Kliniklerinin Yönetimsel ve Ekonomik Açından Değerlendirmesi. *Kafkas Üniv Vet Fak Derg*, 16(3), 503-8.
- Avcı, K. (2017). Sağlık Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi İçin Klinik Kalite Ölçümü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 181-185.
- Aydın, G., Aydın, B.K. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 16(1), 1-21

- Aydın, K.; Yıldırım, S. (2012). Hizmet Sektöründe SERVPERF Ölçeği İle Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi (Sağlık Hizmetleri Sektöründe Bir Uygulama). *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi Ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(2).
- Babakus, E., Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, 26(6), 767.
- Bakar, C., Seval Akgün, H., Al Assaf, A. (2008). The role of expectations in patient assessments of hospital care: an example from a university hospital network, Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(4), 343-355.
- Ballard, D. J., Spreadbury, B., Hopkins III, R. S. (2004). Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: the first century. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 17, No. 3, pp. 277-288). Taylor & Francis.
- Barrington, M. N., Olsen, M. D. (1987). Concept of service in the hospitality industry. *International Journal of Hospitality Management*, 6(3), 131–138. doi:10.1016/0278-4319(87)90047-8 .
- Berwick, D., Joshi M.S. (2004). Healthcare Quality and The Patient. İçinde, Ransom, Roshi ve Nash (Ed.), *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy and Tools*. Washington: AUPHA Press.
- Beylik, U. (2018). Sağlıkta Akreditasyon Denetim Yöntemi: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Uygulaması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1).
- Brook, R. H., Koscoff, J. B. (1988). Competition and quality. *Health Affairs*, 7(3), 150-161.
- Bryceland, A., Curry, A. (2001). Service improvements in public services using SERVQUAL. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(6), 389-401.
- Buchbinder, S.B., Shanks, N. H. (2017). Information Technology. İçinde, S.B. Buchbinder ve N.H. Shanks (Ed). *Introduction to Health Care Management*: Jones & Bartlett Publishers.
- Bülbül, H., Demirer, Ö. (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri Servqual ve Serperfin Karşılaştırmalı Analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(20), 181-198.
- Byju, K., Srinivasulu Y. (2014). Service quality measurement and its relation with overall customer satisfaction in healthcare. *International Journal of Business and Administration Research Review*. 1(3). 176-183
- CAHPS. (2019). Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems. Retrieved from <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/CAHPS/>
- Campbell, S. M., Roland, M. O., Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, 51(11), 1611-1625.

- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of T. *Journal of retailing*, 66(1), 33.
- Cengiz, C . (2018). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Programları Ve Tüska. Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Dergisi, 1 (1) , 21-26 . Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Jhqa/Issue/36846/421060>
- CMS. (2018). Centers for Medicare & Medicaid Services. Retrieved from <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index.html>
- Chakraborty, S., Kaynak, H. (2018). Towards a triadic quality measurement framework for US Healthcare. *Quality Management Journal*, 25(1), 46-63.
- Chassin, M. R., Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *Jama*, 280(11), 1000-1005.
- Cheng Lim, P., Tang, N. K. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International journal of health care quality assurance*, 13(7), 290-299.
- Christopher, M., Payne, A., Ballantyne, D. (1991). Relationship marketing: bringing quality customer service and marketing together. Heinemann:London Erişim linki:<https://dspace.lib.cranfield.ac.uk/bitstream/handle/1826/621/SWP3191.pdf;jsessionid=95A6C566753BC4D1EF3AFE323079F675?sequence=2> ET:17.06.2020
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives. *Jama*, 278(19), 1608-1612.
- Clemes, M. D., Ozanne, L. K., Laurensen, W. L. (2001). Patients' perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of health care in New Zealand. *Health Marketing Quarterly*, 19(1), 3-22.
- Cohen, I.B. (1984). Florence Nightingale. *Scientific American*. 250(3):128-137 link: <http://accounts.smccd.edu/case/biol675/docs/nightingale.pdf> erişim tarihi: 09.09.2019
- Collins, D., Mannon, M. (2015). *Quality management in a lean health care environment*. New York: Business Expert Press.
- Cristina, P. C., Victoria, P. D., Ştefan, R. C., Monica, L. Study On Performance Evaluation Of Services Provided In A Public Hospital . Retrieve from: http://basiq.ro/papers/2019/Study_on_Performance_Evaluation_of_Services_Provided_in_a_Public_Hospital.pdf
- Cronin Jr,J.J., Taylor, S.A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of marketing*, 58(1), 125-131.
- Curry, A., Sinclair, E. (2002). Assessing the quality of physiotherapy services using SERVQUAL. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(5), 197-205.
- Deming, E. (2000). Out of Crisis. Originally published in 1982 by Massachusetts Institute of Technology. MIT Press:England

- Deniz, N., (2016). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Ölçümüne Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Devebakan, N.; Aksarayli, M. (2003). Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-54.
- Dlugacz, Y. D. (2012). Measuring health care: Using quality data for operational, financial, and clinical improvement. Josey Bass
- Doğan, C.(2019). *Servqual Modeli Kullanarak Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Balıkesir Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*: Oxford University Press.
- Duggirala, M., Rajendran, C., Anantharaman, R. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An international journal*, 15(5), 560-583.
- DSÖ (2008). Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu. *Çeviri: TC Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı*, Ankara.
- Edura Wan Rashid, W., Kamaruzaman Jusoff, H. (2009). Service quality in health care setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(5), 471-482.
- Ekmekçi, M. (2019). *Hastaların Sağlık Hizmeti Beklenti ve Algılarının Ölçümü: Malatya Kamu ve Özel Hastanelerinde Karşılaştırmalı Analiz*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Endsley, S.; Magill, M. K.; Godfrey, M. (2006). Creating a lean practice. *Family practice management*, 13(4), 34.
- Er, M. (2019). *Kişilik Özelliklerinin Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives?. *Leadership in health services*, 20(4), 231-241.
- Frisch, N. C. Rabinowitsch, D. (2019). What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 260-272.

- George, D., Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Genç, P. (2019). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Glasgow, J. M., Scott-Caziewell, J. R., Kaboli, P. J. (2010). Guiding inpatient quality improvement: a systematic review of Lean and Six Sigma. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(12), 533-AP5.
- Gowrisankaran, G., Town, R. J. (2003). Competition, payers, and hospital quality 1. *Health services research*, 38(6p1), 1403-1422.
- Gökmen Kavak, D. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite Ve Akreditasyon Enstitüsü (Tüska) Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Dergisi*, 1 (1), 14-20 .
<https://dergipark.org.tr/tr/Pub/Jhqa/Issue/36846/415436>
- Grabam, M. (2016). *Yalın Hastane: Kalite Hasta Güvenliği ve Çalışan Memnuniyetini Artırmak*. Çev.: Pınar Şengözer. Optimist Yayıncılık. İstanbul
- Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*. 18(4). 36-44
- Gummesson, E. (1991). Truths and myths in service quality. *International journal of service industry management*, 2(3), 7-16
- Güdük, Ö , Kılıç, C . (2017). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye’de Gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , 7 (2) , 102-107 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/31475/340518>
- Güleş, H.K., Özata M. (2005). *Sağlık Bilişim Sistemleri*. Ankara: Nobel.
- Günaltay, M.M., Göktaş, B. (2018). Sağlık ve Hastane Bilgi Sistemleri. İ. Ağırbaş (Ed). *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Temel Konular* kitabı içinde. Siyasal:Ankara.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219-1221.
- Halis, M. (2010). *Meslek Yüksekokulları İçin Toplam Kalite Yönetimi & ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Harrington, L., Pigman, H. (2010). Quality measurement. In *Medical quality management: theory and practice*: Jones and Bartlett. Sudbury, MA.
- HEDIS. (2019). Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Retrieved from <https://www.ncqa.org/hedis/measures/>
- IOM (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. M.J. Field & K.N. Lohr (Ed). National Academy Press: Washington
- IOM (2006). *Performance Measurement Accelerating Improvement*. Institute of Medicine. National Academies Press: USA

- ISQua (2020). ISQua Institutional Members. <https://www.isqua.org/membership/institutional-members.html> . Erişim tarihi: 05.06.2020
- Işık, O. (2013). Sağlık Bilgi Sistemlerinin Gelişimi. İçinde, A. Yılmaz (Ed.), *Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri*. Anadolu Üniversitesi:Eskişehir
- Işık, O., Akbolat, M. (2013). Hastanelerde Bilgi Sistemi ve Bilgi Teknolojileri Kullanımı: Tıbbi Sekreterler Üzerine Bir Araştırma: *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 9(1), 11-23
- Jun, M.; Peterson, R. T.; Zsidisin, G. A. (1998). The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health care management review*, 23(4), 81-96.
- Juran, J., Godfrey, A. B. (1998). *Quality Handbook.5th edition Republished McGraw-Hill*. <https://gmpua.com/QM/Book/quality%20handbook.pdf>
- Kannan, P., Saravanan, R. (2016). Patients perception towards quality of health care & hospitals in rural India. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, 6(7), 41-52
- Kara, A., Tarım, M., Zaim, S. (2003). A low performance-low quality trap in the non-profit healthcare sector in Turkey and a solution. *Total Quality Management & Business Excellence*, 14(10), 1131-1141.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan.
- Kayral, İ. H. (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kayral, İ. H. (2014). Perceived Service quality in healthcare organizations and a research in Ankara by hospital type. *Journal of Ankara Studies*, 2(1), 22-34.
- Kayral, İ. H. (2015). Beklenen-Gerçekleşen– Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite. Detay Yayıncılık
- Kayral, İ. H., Gökmen Kavak, D., Cengiz, C. (2018). Sağlık Politikalarında Kalite ve Akreditasyonun Yeri. İçinde, Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık Politikası*. Ankara: Nobel.
- Kavuncubaşı, Ş.; Yıldırım, S., (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitapevi Ankara
- Kelly, D. (2003). *Applying Quality Management in Healthcare: A systems approach*. Washington: AUPHA.
- Kılıç, T. (2016). *E-Sağlık ve Teletıp Hollanda ve Dünyadan İyi Uygulama Örnekleriyle*. İstanbul:AZ Yayıncılık
- Kim, S. H., Holland, S., Han, H. S. (2013). A structural model for examining how destination image, perceived value, and service quality affect destination loyalty: A case study of Orlando. *International Journal of Tourism Research*, 15(4), 313-328.
- Koçel, T. (2018). *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul: Beta Basımevi, Genişletilmiş 17. Baskı. In: Beta.

- Korkeatsirikul, K. (2011). Customer satisfaction with service quality of hospital. <https://www.semanticscholar.org/paper/Customer-satisfaction-with-service-quality-of-Korkeatsirikul/502d95ddc04d021e002c685e30d5a5beb10888d0> er tar: 01.02.2020
- Lai, K. H., Cheng, T. E. (2005). Effects of quality management and marketing on organizational performance. *Journal of Business research*, 58(4), 446-456.
- Le, PT., FitzGerald, G. (2014). Applying the SERVPERF scale to evaluate quality of care in two public hospitals at Khank Hoa Province, Vietnam. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 9(2),66
- Lee, D. (2017). HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*, 11(3), 491-516.
- Lehtinen, U., Lehtinen, J. R. (1991). Two approaches to service quality dimensions. *Service Industries Journal*, 11(3), 287-303.
- Li, L. X. (1997). Relationships between determinants of hospital quality management and service quality performance—a path analytic model. *Omega*, 25(5), 535-545.
- Lowenstein, R., (2005). The Quality Cure? New York Times Magazine. erişilen site <https://www.nytimes.com/2005/03/13/magazine/the-quality-cure.html> erişim tarihi: 15.11.2019
- Marşap, A. (2014). *Sağlık İşletmelerinde Kalite: Sağlıkta Kaliteşim Sistemi Ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik*. Beta Yayıncılık.
- Martins, A., Crespo de Carvalho, J., Ramos, T., Fael, J. (2015). Assessing obstetrics perceived service quality at a public hospital. Assessing obstetrics perceived service quality at a public hospital.181(2015) 414-422
- Memiş, K. (2019). *Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Hizmet Kalitesi Bağlamında Ölçülmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Anket Araştırması*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Miyauchi, I. (1999). *Quality management in Japan*: BZD Yayıncılık.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*, 26(3), 203-219.
- Musa, G., Doshi, D. R., Wong, K. M., Thirumoorthy, T. (2012). How satisfied are inbound medical tourists in Malaysia? A study on private hospitals in Kuala Lumpur. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29(7), 629-646
- Noriaki, K. (2001). *Life cycle and creation of attractive quality*. Paper presented at the Proceedings of the 4th QMOD Conference, Linköping.
- OECD (2016). OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016 Raising Standarts. OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en>
- Omachonu, V. K. (1990). Quality of care and the patient: new criteria for evaluation. *Health care management review*, 15(4), 43-50.

- Omprakash, P. (2015). *A Study on Service Quality Towards Health Care Services of Private Hospitals*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Bharathidasan University. Tiruchirappalli India
- Özpolat, H.(2019). *Samsundaki Hastanelerin Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü
- Öztürk, Y. E. (2014). Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1079-1094.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Parlayan, M. A., Dökme, S. (2016). Özel Hastanelerdeki Hemşire ve Hastaların İletişim Seviyelerinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2).
- Pathak, P. (2017). An Analysis of Outpatients' Perceived Service Quality and Satisfaction in Selected Private Hospitals of Kathmandu. *Journal of Business and Social Sciences Research*, 2(1-2), 69-84
- Patterson, E. F. (1998). The philosophy and physics of holistic health care: spiritual healing as a workable interpretation. *Journal of advanced nursing*, 27(2), 287-293.
- Pope, C., Van Royen, P., Baker, R. (2002). Qualitative methods in research on healthcare quality. *BMJ Quality & Safety*, 11(2), 148-152.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- QIO (2014). Clinical Quality Measures (CQMs). Quality Improvement Organizations. Webinar. erişim tarihi: 01.09.2019 <https://healthinsight.org/Internal/docs/ClinicalQualityMeasuresWebExBrandend.pdf>
- Ransom, B. S., Joshi, S. M., Nash, B. D. (2004). *The Healthcare Quality Book*. Chicago: AUPHA Press.
- Reeves, C. A., Bednar, D. A. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *Academy of management Review*, 19(3), 419-445.
- Rooney, A. L., Van Ostenberg, P. R. (1999). *Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality*: Center for Human Services, Quality Assurance Project.
- Rumoro, D. P., Shah, S. C., Gibbs, G. S., Hallock, M. M., Trenholme, G. M., Waddell, M. J. (2017). Utility of Natural Language Processing for Clinical Quality Measures Reporting. *Online journal of public health informatics*, 9(1).
- Sağlığa Bakış (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Bölük:Ankara

- Saltık, S. (2019). *Yatarak ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Kalite Algılarının Hastane Türleri Üzerine Araştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Saha, S., Beach, M. C., Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275-1285.
- Santos, J. (2002). From intangibility to tangibility on service quality perceptions: a comparison study between consumers and service providers in four service industries. *Managing Service Quality: An International Journal*, 12(5), 292-302.
- Sargutan, E.,(2005). Sağlık Teknolojisi Yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1)
- SDP Değerlendirme Raporu (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ed. Recep Akdağ, Aralık, 2012 Eriş. adresi.: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>
- Shafei, I., Walburg, J., Taher, A. (2019). Verifying Alternative Measures of Healthcare Service Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 32(2), 516-533. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2016-0069>.
- Shaw, C. D. (2004). Toolkit for accreditation programs. *Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua)*.
- SB (2019). <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8789/saglikta-akreditasyon.html>. erişim tarihi: 06.08.2019
- SKS (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Rehberi*. (Vol. 2). Ankara: Pozitif.
- Songur, L., Turan, A., Songur, G. (2017). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVPERF Ölçeği İle Ölçülmesi:" Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi Örneği". *Journal Of International Social Research*, 10(53).
- Sur, H., Hülür, Ü., Ekinci, Ü. (2019). Ruhsatlandırma ve Revalidasyon. SD. eriş. tar.18.09.2019<http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/196/Ruhsatlandirma-ve-revalidasyon.aspx>
- Sütütemiz, N. (2015). Hizmet Kalitesi Yönetimi ve GAP Modeli. iç. Altunışık (Ed.), *Hizmet Pazarlaması ve Stratejileri*. İstanbul: Beta
- SVKADB, (2019). Basın Duyurusu (Kalitenin YÖK Müfredatına Eklenmesi). <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,56787/basin-duyurusu-kalite-dersinin-yok-mufredatina-eklenmesi.html> erişim tarihi: 28.10.2019
- Ştefan, R. C., Cristina, P. C., Logofatu, M. (2019). Analysis Of Patients'perception On The Performance Of Human And Non-Human Resources In A Public Hospital. *Annals Of'constantin Brancusi'university Of Targu-Jiu. Economy Series*, (2).
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Pearson: Boston.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S.,(2013). *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston (2013)

- Tarcan, M. (2006). Sağlık Kurumlarında Performans Ölçüm Kriterleri: Gözden Geçirme ve Araştırma Önerileri. *Verimlilik Dergisi*, 2.
- Tarım, M. (2002). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Servqual Modeli ve Bir Hastane Uygulaması. *İktisat Fakültesi Mecmuası*, 52(2), 15-39.
- Timmons, K. H. (2009). International accreditation and medical tourism: The value equation. Available at:
<http://medicaltourisminturkey.org/panel/Panel1/2JCI.pdf>.
- Tinker, A. (2018). The Top Seven Healthcare Outcome Measures and Three Measurement Essentials. <https://www.healthcatalyst.com/insights/top-7-healthcare-outcome-measures>
- Tomak L.; Bek Y. (2014). *Kalite Kontrol Yöntemleri ve Sağlık Alanında Kullanımı*: Kongre Kitabevi:Samsun
- Top, M. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye'de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 93-123.
- Tosun, N.(2019). *Kuruma Güven ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Davranışsal Niyete Etkilerinin Ölçülmesinde Şikayet Yönetiminin Aracılık Rolü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği*.Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- TÜSEB(2019).https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/haber_detay.php?id=158.ET:20.10.2019
- TÜSKA(2019).<https://www.saglik.gov.tr/TR,58364/5-hastaneye-tuska-akreditasyon-belgeleri-verildi.html> erişim tarihi: 15.12.2019
- Varkey, P.; Reller M. K.; Resar, R. K. (2007). Basics of quality improvement in health care. In Mayo Clinic Proceedings (Vol. 82, No. 6, pp. 735-739).
- Yaprak, Z. Ö., Ecevit, E. (2019). Sağlık hizmetleri talebi ve fayda maksimizasyonu modeli. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1-1.
- Yağcı, M. İ., Duman, T. (2006). Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 6(1) 218-238
- Mensah, P., Yamoah, E. E., Adom, K. (2014). Empirical investigation of service quality in Ghanaian Hospitals. *Eur J Bus Manag*, 18, 157-178.
- Yeh, H. L.; Lin, C. S.; Su, C. T.; Wang, P. C. (2011). Applying lean six sigma to improve healthcare: An empirical study. *African Journal of Business Management*, 5(31), 12356.
- Yılmaz, A. (2018). Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Reformlar. D. Tengilimoğlu (Ed). *Sağlık Politikası* kitabı içinde. Nobel:Ankara.
- Yorulmaz, M , Pirol, M . (2019). Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısının Ölçülmesi Üzerine Bir Araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi* , 2 (1) , 15-21 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhqa/issue/46525/584074>
- WHO (2003). Quality and accreditation in healthcare services: A global review.WHO Publishing: Malta

- WHO (2006). *Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems*. WHO Publishing: France
- WHO (2012). *Successful Health System Reforms: The Case of Turkey*. WHO Publishing: Copenhagen
- WHO (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. World Health Organization:Switzerland
- WHO (2019). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> eriş. tar.: 15.10.2019
- Womack, J.P., Jones, D.T., Sammons Carpenter, D. (1990). *The Machine That Changed The World*. Macmillan: USA
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Khabiri, R., Arab, M. (2015). The effect of hospital service quality on patients trust. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1).
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of marketing*, 60(2), 31-46.
- Ziegenfuss Jr., J., P., and Biancaniello T. (2010). Organization Design and Management. In P. Varkey (Ed.), *Medical Quality Management Theory and Practice*. MA: Jones and Barlett.
- Zifko-Baliga, G. M., Krampf, R. F. (1997). Managing perceptions of hospital quality. *Marketing health services*, 17(1), 28.

8. EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onay Belgesi

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER		Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili				
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
		OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER		Belge Adı	Açıklama						
		SİGORTA	<input type="checkbox"/>						
		ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>						
		BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>						
		İLAN	<input type="checkbox"/>						
		YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>						
		SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>						
		DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ		Karar No: 2019-09/04	Tarih: 11.09.2019						
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak 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		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Muhittin Sönmez							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

Ek-1: Etik Kurul Onay Belgesi (2.Sayfa)



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastanede Yatan Hastaların Algıladıkları Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Trabzon İli Örneği
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Hatice Ulusoy
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

Ek-2: Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi Araştırma İzin Yazısı



TRABZON AKÇAABAT HAÇKALI BABA DEVLET
HASTANESİ - TRABZON AKÇAABAT HAÇKALI BABA
DEVLET HASTANESİ
12/11/2019 11:51 - 29907235 - 799 - E.4545



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 29907235-799
Konu : Araştırma İzni, Ahmet Yasin
YEŞİLDAĞ

TRABZON KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
(EĞİTİM- ARGE)

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Sağlık Sistemleri Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Arş. Gör. Ahmet Yasin
YEŞİLDAĞ'ın "Hastanede Yatan Hastaların Algıladıkları Hizmetin Değerlendirilmesi:
Trabzon İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemizde uygulama talebi
kurumsal ve kişisel mahremiyet kurallarına riayet etme hususunda azami dikkat edilmesi şartı
ile istekli personelin katılımı idareimiz tarafından uygun görülmüştür.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Hasan H.
ARSLANTÜRK
Başhekim

Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi

Telefon: 0 462 227 77 77 - 1002 Faks No: 04622277786

e-Posta: arzu.sen1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Arzu ŞEN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 43a0889e-8530-42b1-841d-baffd398b5ae kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Arzu ŞEN

HEMŞİRE

Telefon No: 0 462 227 77 77 - 1037

Ek-3: Özel İmperial Hastanesi Araştırma İzin Yazısı



Sayı: 880
Konu: Arş. Gör. Ahmet Yasin YEŞİLDAĞ'ın
Araştırma İsteği Hk.

30.10.2019

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi; 25/10/2019 Tarih ve 63582098/299-E.119 Sayılı yazınıza istinaden,

İlgi yazınız gereği; Hastanemiz bünyesinde yer alan "**Hastanede Yatan Hastaların Algıladıkları Hizmetin Değerlendirilmesi: Trabzon İli Örneği**" konulu anket çalışmanızı hastanemizde yatmakta olan yüzyirmi(120) kişi ile yürütebilmeniz yönündeki talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica olunur.

Opr. Dr. Ömer Fatih ÇELİK
Özel Imperial Hastanesi Başhekimisi
(Mesul Müdür)

Kemer kaya Mah. Devlet Sahil Yolu
No: 27-29 TRABZON - TÜRKİYE
Tel: 0 (462) 444 44 61
Faks: 0 (462) 321 36 30
info@imperialhastanesi.com
www.imperialhastanesi.com

**Ek-4: KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Araştırma İzin Yazısı**

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi
Hastanesi) Yazı İşleri Birimi
30/10/2019 17:03 - 48814514-299-E.14735
02279127



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği

Konu : Anket Çalışması (Arş. Gör. Ahmet Yasin
YEŞİLDAĞ)

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DEKANLIĞINA

İlgi: 25.10.2019 tarihli ve E.987 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde gönderilen fakülteniz öğretim elemanlarından Arş. Gör. Ahmet Yasin YEŞİLDAĞ'ın 22.10.2019 tarihli dilekçesinde konu edilen "**Hastanede Yatan Hastaların Algıladıkları Hizmetin Değerlendirilmesi: Trabzon İli Örneği**" başlıklı ve Etik Kurul onaylı tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını hastanemizde yürütmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Yüksel ALİYAZICIOĞLU
Başhekim

Ek-5: Akçaabat Haçkalı Baba Araştırma İzni İptali Yazısı



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Personel Hizmetleri Başkanlığı

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TRABZON EĞİTİM
HİZMETLERİ BİRİMİ

19/12/2019 13:54 - 55568733 - 604.01.04 - E.143



00108053155

Sayı : 55568733-604.01.04
Konu : Araştırma İzni, Ahmet Yasin
YEŞİLDAĞ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi:15/11/2019 tarihli ve 55568733-604.01.01-34 sayılı yazımız.

Fakülteniz Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Sistemleri Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Arş. Gör. Ahmet Yasin YEŞİLDAĞ'ın "Hastanede Yatan Hastaların Algıladıkları Hizmetin Değerlendirilmesi: Trabzon İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesinde uygulama talebi ilgi yazımızda uygun görülmüştü. Araştırmanın uygulamaya başlanmasından sonra Hastanenin çalışma ile ilgili geri bildirim nedeniyle çalışmanın hastanemizde uygulanmasının iptal edilmesine karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr.Hakan USTA
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Hastane görüş yazısı.

Gülbaharhatun Mh. İnönü Cd. Ahmet Can BALI Sk. No:15 Ortahisar/TRABZON

Eğitim ve ARGE Birimi

Telefon: Faks No: (0462) 4106117

e-Posta: elif.babacan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: http://www.trbism.gov.tr

Evrağın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden aa163f4a-c44d-4325-80bb-d8122f5fd045 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Elif BABACAN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 462) 410 61 10

Ek-6: Araştırma Veri Toplama Aracı

Lütfen hastanede sunulan hizmeti aşağıdaki ifadelerle göre değerlendiriniz.	Hiç				
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1- Hiç Katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılıyorum 5- Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5
1 Hastanede modern araç - gereç ve teknoloji kullanılmaktadır.	1	2	3	4	5
2 Hastanenin fiziksel durumu iyidir.(Bina, aydınlatma, klima)	1	2	3	4	5
3 Tuvaletler çok temizdir.	1	2	3	4	5
4 Odalar çok temizdir.	1	2	3	4	5
5 Yemekler çok kaliteli.	1	2	3	4	5
6 Yemekler uygun sıcaklıkta verilir.	1	2	3	4	5
7 Çalışanlar hasta mahremiyetine saygı gösterir.	1	2	3	4	5
8 Odalar sessiz ve sakindir.	1	2	3	4	5
9 Otopark olanakları yeterlidir.	1	2	3	4	5
10 Yemekler vaktinde verilir.	1	2	3	4	5
11 Çalışanlar söz verdiği hizmetleri zamanında yerine getirirler.	1	2	3	4	5
12 Hasta kayıtları doğru bir şekilde tutulur.	1	2	3	4	5
13 Çıkarılan fatura gerçeği yansıtır.	1	2	3	4	5
14 Hastalara yapılacak işlemin zamanı kesin olarak söylenir.	1	2	3	4	5
15 Taburcu işlemleri kolaylıkla yapılır.	1	2	3	4	5
16 İhtiyaç duyulduğunda çalışanlara kolaylıkla ulaşılır.	1	2	3	4	5
17 Kayıt işlemleri kolay ve hızlıca gerçekleştirilir.	1	2	3	4	5
18 Çalışanlar hastaya yardım etme konusunda isteklidirler.	1	2	3	4	5
19 Çalışanlar taburcu işlemleriyle ilgili sorulan sorulara ayrıntılı cevap verirler	1	2	3	4	5
20 Çalışanlar herhangi bir işlem veya prosedürle ilgili sorulan soruları yanıtlarlar.	1	2	3	4	5
21 Hastaya hastanede uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında bilgi verilir.	1	2	3	4	5
22 Taburcu işlemleri hasta yakınlarına detaylı olarak açıklanır.	1	2	3	4	5
23 Hastane çalışanlarına güveniyorum.	1	2	3	4	5
24 Uygulanan tedavi sonucunda iyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	2	3	4	5
25 Çıkan faturaya güveniyorum.	1	2	3	4	5
26 Çalışanlar ile olan ilişkilerimde kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
27 Çalışanların işinin ehli olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
28 Kayıt işlemleri süresince görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
29 Kaldığım süre içerisinde görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
30 Çalışanlar hastaya kibar davranırlar.	1	2	3	4	5
31 Çalışanlar güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
32 Ziyaretçilere iyi davranılır.	1	2	3	4	5
33 Çalışanlar hastanın ihtiyacını anlamaktadırlar.	1	2	3	4	5
34 Çalışanlar hastalara özel ihtimam ve bakım gösterirler.	1	2	3	4	5
Genel Değerlendirme					
1 Eğer ihtiyaç duyarsam bu hastaneyi bir daha tercih ederim	1	2	3	4	5
2 Hastanede verilen hizmetlerden memnuniyet düzeyim	1	2	3	4	5
3 Hastanenin genel kalitesi	1	2	3	4	5

HASTANE: ÖZEL() ÜNİVERSİTE() DEVLET()

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ANKETİ
(SERVPERF Ölçeği)

Lütfen bütün soruları dikkatli okuyarak ve boş soru bırakmadan, 1 ve 5 değerleri arasından size en yakın olanı işaretleyiniz.

Yüksek Lisans Öğrencisi
Ahmet Yasın YEŞİLDAĞ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hatice ULUSOY

Genel Bilgiler

1. Cinsiyet: (1) Kadın (2) Erkek

2. Yaş: (1) 18 - 27 (2) 28 - 37 (3) 38 - 47 (4) 48 - 57 (5) 58 - 67 (6) 68 ve üzeri

3. Medeni Durum: (1) Evli (2) Bekar

4. Eğitim Düzeyi: (1) İlköğretim (2) Lise (3) Ön Lisans (4) Lisans- Üniversite (5) Lisansüstü

5. Hane Aylık Gelir: (1) Yok (2) 2000 TL -3500TL (3) 3501 TL-5000 TL (4) 5001 TL-7500 TL (5) 7501 TL ve üzeri

6. Hastaneye Yatış Türü: (1) Acil (2) Sevk (3) Muayene

7. Çalışma Durumu: (1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor (3) Emekli

8. Meslek:

9. Yaşadığı Yer: (1) İl Merkezi (2) İlçe (3) Kasaba (4) Köy

10. Tedavi Olduğunuz Klinik / Servis:

11. Hastaneye bu yatışınızda ameliyat oldunuz mu? (1) Evet (2) Hayır

12. Daha önce bu hastanede yattınız mı? (1) Evet (2) Hayır

13. Ailenizde doktor, hemşire gibi sağlık çalışanı var mı? (1) Evet (2) Hayır

14. Sosyal güvenceniz var mı? (1) SGK (2) Özel Sigorta (3) Yok

15. Bu hastalığınızın dışında şeker, kalp, tansiyon gibi kronik bir rahatsızlığınız var mı? (1) Var (2) Yok

16. Hangisi sizin için en önemlidir? (1) Kaliteli tıbbi hizmet (2) Hastanenin özellikleri (3) Personelin davranışı

17. Bu hastaneyi tavsiye eder misiniz? (1) Tavsiye ederim (2) Tavsiye etmem

18. Görüş ve Önerileriniz (Varsa lütfen belirtiniz):

ÖZGEÇMİŞ

İsim Soyisim: Ahmet Yasin YEŞİLDAĞ

Doğum Yeri-Tarihi: SİVAS - 23/05/1994

İletişim: ayesildag@ktu.edu.tr / 462 377 88 42

Eğitim Bilgileri:

Lisans:

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü (2017)

Yüksek Lisans:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü
(2020)

İş Tecrübeleri:

Araştırma Görevlisi:

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü (2019-

Yayınlar ve Eserler:

Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler:

Yeşildağ A.Y., Ulusoy H., "The Compliance Of The Curriculum Used in The Department of Health Management in Cumhuriyet University With Core Education Program(Cep)", 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, İstanbul, Türkiye, 20-23 Haziran 2019, pp.957-957

Yeşildağ A.Y., "Türkiye'de Sağlık Yönetimi Eğitimi ve Bölüm Müfredatlarının İncelenmesi", 3.Uluslararası 13.Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi, Sakarya, Türkiye, 10-13 Ekim 2019, pp.2134-2135

Turan Kurtaran A., Bağatır H. , Yeşildağ A.Y., "Sağlık Yöneticilerinin Yönetmelik Beceri Düzeyinin İncelenmesi: Trabzon İli Örneği", 3.Uluslararası 13.Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi, Sakarya, Türkiye, 10-13 Ekim 2019, pp.1638-1647

Turan Kurtaran A., Yeşildağ A.Y., Koca A., "Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Analizi", 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi, Samsun, Türkiye, 27-29 Aralık 2019, pp.862-872

Turan Kurtaran A., Yeşildağ A.Y., "Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme ve Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi", 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi, Samsun, Türkiye, 27-29 Aralık 2019, pp.1100-1108