

**T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
İŞLETME BİLİM DALI**

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ  
VE ANKARA'DA HASTANE TÜRLERİNE GÖRE BİR  
ARAŞTIRMA**

**DOKTORA TEZİ**

**Hazırlayan  
İbrahim H. KAYRAL**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. M. Mithat ÜNER**

**Ankara-2012**



**T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
İŞLETME BİLİM DALI**

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ  
VE ANKARA'DA HASTANE TÜRLERİNE GÖRE BİR  
ARAŞTIRMA**

**DOKTORA TEZİ**

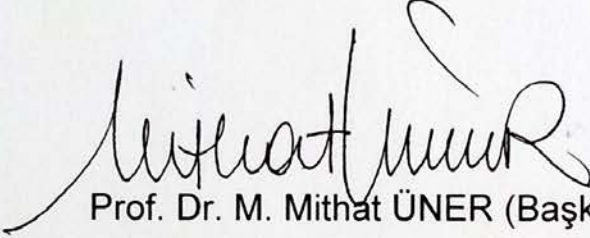
**Hazırlayan  
İbrahim H. KAYRAL**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. M. Mithat ÜNER**

**Ankara-2012**

## ONAY

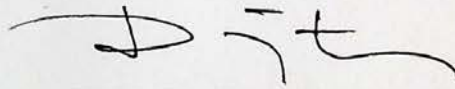
İbrahim H. KAYRAL tarafından hazırlanan "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma" başlıklı bu çalışma, 24.05.2012 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda (oybirliği/oyçokluğu) ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



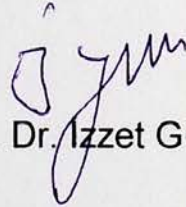
Prof. Dr. M. Mithat ÜNER (Başkan)



Prof. Dr. Rasih DEMİRCİ



Prof. Dr. Doğan TUNCER



Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ



Prof. Dr. Nurettin PARILTI

## ÖNSÖZ

Bütün hizmet kuruluşlarında olduğu gibi, sağlık kuruluşlarında da hizmet kalitesi önemli yer tutmaktadır. Özellikle sağlığa verilen önemin ve dolayısıyla bu alanda yapılan harcamaların artmasına ek olarak sektörde rekabetin de artması; hizmet işletmelerinin tamamını ilgilendiren, müşterinin isteklerine ve beklentilerine uygun hizmet sunabilmenin önemini, sağlık hizmetleri için de bir o kadar geçerli kılmaktadır.

Ele alınan bakış açısıyla değerlendirildiğinde; işletmelerin hizmet kalitesi için ortaya koydukları tüm çabaların yarattıkları etkilerin ölçülmesi, hizmeti alan müşterilerin sunulan hizmetleri nasıl algıladıkları, kalitenin hangi boyutlarında nasıl farklılıklar gösterdikleri ve elde edilen sonuçlara göre yeni tedbirlerin alınması gibi konular sürekli iyileştirmenin anahtarı olmaktadır.

Bu çerçevede gerçekleştirilen araştırmada; kamu, özel ve üniversite hastanelerinde uygulanan anketler sonucunda elde edilen veriler değerlendirilerek algılanan hizmet kalitesi ile ilgili bulgulara yer verilmiş ve hastane türleri arası farklılıklara yönelik sonuçlar ortaya konulmaya çalışılmıştır.

***Çok sevgili  
Aileme ve biricik oğluma...***

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ TEORİK ÇERÇEVE; HİZMET KAVRAMI, HİZMET KALİTESİ BOYUTLARI VE MODELLERİ

1. HİZMET KAVRAMI .....	4
2. HİZMET PAZARLAMASINDA KALİTE VE BOYUTLARI.....	7
2.1. Kalite Kavramı .....	7
2.2. Hizmet Kalitesi.....	9
2.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	11
3. HİZMET KALİTESİ MODELLERİ .....	13
3.1. Grönroos – Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli .....	13
3.2. Kano – Kano'nun Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Modeli .....	15
3.3. Parasuraman, Zeithaml ve Berry – Hizmet Kalitesi Modeli.....	15
3.4. Haywood-Farmer, Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli.....	20
3.5. Brogowicz, Delene, Lyth – Hizmet Kalitesi Sentez Modeli.....	22
3.6. Lehtinen ve Lehtinen, Üç Boyutlu Hizmet Kalitesi Yaklaşımı.....	24
3.7. Cronin ve Taylor – Servperf Modeli.....	26
3.8. Mattsson – İdeal Değer Standartına Dayalı Hizmet Kalitesi Modeli.....	28
3.9. Teas – İdeal Standartlara Dayalı Performans Kıyaslaması Modeli.....	29
3.10. Dabholker – Nitelik Esaslı Model ve Toplam Etki Modeli .....	30
3.11. Spreng ve Mockoy – Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli .....	31
3.12. Philip ve Hozlett – Hiyerarşik Sıralamaya Dayalı Model.....	32
3.13. Frost ve Kumar – İç Hizmet Kalitesi Modeli (Intservqual).....	34
3.14. McDougall ve Levesque – Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli.....	36
3.15. Dabholker, Shepherd, Thorpe – Öncekiler ve Aracı Modeli.....	36
3.16. Yang – I-S (Importance-Satisfaction) Modeli.....	37

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, ÖZELLİKLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK OLARAK YAPILAN ÇALIŞMALAR

1. SAĞLIK HİZMETLERİ .....	43
1.1. Tanımı ve Amaçları .....	43
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	45
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Bireylere Sunulma Tarzına Dayanarak Yapılan Sınıflandırma .....	46
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Klasik Olarak Sınıflandırılması .....	46
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	48
1.4. Hastanelerin Tanımı ve Sınıfları.....	52
1.4.1. Hastanelerin Tanımı .....	52
1.4.2. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	53
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE BOYUTLARI .....	55
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite .....	55
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Gelişimi .....	55
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tanımlanması .....	56
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları .....	58
2.2. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Ölçümü İçin Yapılan Çalışmalar .....	62

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ALGILANAN HİZMET KALİTESİ VE ANKARA'DA HASTANE TÜRLERİNE GÖRE BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI .....	78
1.1. Araştırmanın Amacı .....	78
1.2. Araştırma Varsayımları .....	79
1.3. Araştırma Kapsam ve Sınırlılıkları .....	79
2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	80
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....	83
3.1. Kuramsal Çerçeve ve Araştırma Modeli .....	83
3.2. Veri Toplama Tekniği .....	87
3.3. Anket Sorularının Test Edilmesi.....	89
3.3.1. Ön Uygulama ve Pilot Çalışma .....	89
3.3.2. Güvenilirlik.....	90



3.3.3. Geçerlilik .....	91
3.4. Evren-Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması .....	93
3.4.1. Örneklem Hesabı .....	95
3.4.2. Anketlerin Uygulanması ve Verilerin Toplanması.....	100
3.5. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Teknikler .....	102
4. ARAŞTIRMA BULGULARI .....	103
4.1. Demografik Verilerin Analizleri .....	103
4.2. Farkların Tespit Edilmesine Yönelik Analiz Bulguları .....	109
4.2.1. Kurum Türleri ve Hizmet Kalite Algıları .....	109
4.2.1.1. Kurum Türleri ve Hasta Profiline Göre Hizmet Kalite Algıları.....	111
4.2.2. Kurum Türleri ve Hizmet Kalite Boyutları .....	120
4.2.2.1. Kurum Türlerine Göre Hasta Profiline Hizmet Kalite Boyutları Arası Farkları.....	123
4.2.3. Kurum Türleri ve Hasta Tatmin Düzeyleri.....	137
4.2.3.1. Kurum Türlerine Göre Hasta Profiline Hasta Tatmini Düzeyleri .....	140
4.2.4. Algılanan Hizmet Kalitesi ve Boyutları ile Hasta Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Sonuçları .....	147
SONUÇ VE TARTIŞMA.....	150
KAYNAKÇA.....	161
EKLER .....	185
ÖZET .....	194
ABSTRACT.....	195

**KISALTMALAR**

<b>ACP</b>	: American College of Physicians
<b>ACS</b>	: American College of Surgeons
<b>AHA</b>	: American Hospital Association
<b>AMA</b>	: American Marketing Association
<b>AMA</b>	: American Medical Association
<b>ASQC</b>	: American Society for Quality Control
<b>CMA</b>	: Canadian Medical Association
<b>EFQM</b>	: European Foundation for Quality Management
<b>EOQC</b>	: European Organization for Quality Control
<b>HKS</b>	: Hizmet Kalite Standartları
<b>ISO</b>	: International Organization for Standardization
<b>JCAH</b>	: Joint Commision on Accreditation of Hospitals
<b>JCAHO</b>	: Joint Commision for Accreditation of Health Care Organizations
<b>NHS</b>	: National Health Services
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TKY</b>	: Toplam Kalite Yönetimi
<b>TSE</b>	: Türk Standartları Enstitüsü
<b>WHO</b>	: World Health Organization

## TABLolar LİSTESİ

- Tablo 1:** Hizmet Kalitesi Modelleri
- Tablo 2:** Hizmet Sektörü ile Sanayi Sektörü Ürünlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 3:** Araştırma Evreni
- Tablo 4:** %95 Güven Düzeyinde Farklı Anakütle Büyüklükleri İçin Örnek Hacimleri
- Tablo 5:** Hesaplanan Örneklem Hacimleri (Mark vd.'ne Göre)
- Tablo 6:** Hesaplanan Örneklem Hacimleri (Ryan'ın Formülüne Göre)
- Tablo 7:** Kurum Bazında Hesaplanan Örneklem Hacimleri ve Uygulama Hedefleri
- Tablo 8:** Kurum Bazında Geçerli Anket Sayıları
- Tablo 9:** Kurum Türlerine Göre Geçerli Anket Sayıları
- Tablo 10:** Ankete Katılanların Demografik Yapıları
- Tablo 11:** Ankete Katılanların Hastane Türlerine Göre Yüzde Dağılımları
- Tablo 12:** Ankete Katılanların Demografik Yapıları ve Hastane Türlerine Göre Dağılımları
- Tablo 13:** Kurum Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi
- Tablo 14:** Kurum Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Test İstatistikleri
- Tablo 15:** Kurum Türleri Arası Farkların İkili Karşılaştırılma Testleri
- Tablo 16:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 17:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 18:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aynı Hastaneden Daha Önce Hizmet Alma Durumlarına Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 19:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 20:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Hizmet Kalite Algıları

- Tablo 21:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 22:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların İkamet Durumlarına Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 23:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 24:** Farklı Kurum Türlerinden Hastaların Hizmet Aldıkları Branş Türlerine Göre Hizmet Kalite Algıları
- Tablo 25:** Kurum Türlerine Göre Hizmet Kalite Boyutlarından Alınan Puanlar
- Tablo 26:** Kurum Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları Test İstatistikleri
- Tablo 27:** Hizmet Kalite Boyutlarında Kurum Türleri Arası Farkların İkili Karşılaştırılma Testleri
- Tablo 28:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 29:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 30:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aynı Hastaneden Daha Önce Hizmet Alma Durumlarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 31:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 32:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 33:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 34:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların İkamet Durumlarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 35:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları

- Tablo 36:** Farklı Kurum Türlerinden Hastaların Hizmet Aldıkları Branş Türlerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları
- Tablo 37:** Kurum Türlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 38:** Algılanan Kalite ve Hasta Tatmininin Kurum Türlerine Göre Karşılaştırılması
- Tablo 39:** Kurum Türlerine Göre Algılanan Hasta Tatmini Test İstatistikleri
- Tablo 40:** Hasta Tatmin Düzeylerinde Kurum Türleri Arası Farkların İkili Karşılaştırılma Testleri
- Tablo 41:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 42:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 43:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aynı Hastaneden Daha Önce Hizmet Alma Durumlarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 44:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 45:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 46:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 47:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların İkamet Durumlarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 48:** Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 49:** Farklı Kurum Türlerinden Hastaların Hizmet Aldıkları Branş Türlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri
- Tablo 50:** Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Düzeyleri
- Tablo 51:** Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Hasta Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Düzeyleri

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** Somut Mallardan Soyut Hizmetlere Ürün
- Şekil 2:** Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli
- Şekil 3:** Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları
- Şekil 4:** Kavramsal Hizmet Kalite Modeli
- Şekil 5:** Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli
- Şekil 6:** Hizmet Kalitesi Sentez Modeli
- Şekil 7:** Hizmet Kalitesi İdeal Değer Modeli
- Şekil 8:** Nitelik Esaslı Model
- Şekil 9:** Toplam Etki Modeli
- Şekil 10:** Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli
- Şekil 11:** Hiyerarşik Model
- Şekil 12:** İç Hizmet Kalitesi Modeli
- Şekil 13:** Öncekiler ve Aracı Modeli
- Şekil 14:** Algılanan Hizmet Kalitesinin Temel Teorik Perspektifleri
- Şekil 15:** Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri
- Şekil 16:** Hizmet Kalite, Hasta Tatmini ve Hastane Türleri Arasında Kurulan Temel Model
- Şekil 17:** Hizmet Kalite, Hasta Tatmini ve Hastane Türleri Arasında Kurulan Modelin Son Hali

## GİRİŞ

Teknolojik gelişmeler ve insanların refah düzeyinin artmasına paralel olarak tüketici bilincinde meydana gelen değişmeler ile gittikçe karmaşık hale gelen çalışma hayatı, toplumsal yaşam unsurlarının yaygınlaşması, insanların daha iyi yaşanır bir hayatı arzu etmeleri vb. birçok faktör, hizmet sektöründe sunulan diğer hizmetlerin yanında sağlık hizmetlerinin de önemini her geçen gün arttırmaktadır.

Ayrıca, kişinin hayatını sağlıklı olarak sürdürmesinin temel bir ihtiyaç olması sağlık hizmetlerini toplumsal ve kişisel hayatımızda önemli bir yere oturtmaktadır. İnsan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık sektörünün günümüzde geldiği nokta, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de güçlü bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Toplumların refah düzeyleri yükseldikçe, sağlığa verilen önem de artmakta, kişiler daha fazla harcama yapmakta, ülkeler sağlık giderleri için bütçelerinden daha fazla kaynak ayırmaktadırlar (Kavuncubaşı, 2000:24).

Sağlığa verilen önemin ve dolayısıyla ayrılan bütçelerin, yapılan harcamaların ve sektörde rekabetin artması; hizmet işletmelerinin tamamını ilgilendiren, müşterinin isteklerine ve beklentilerine uygun hizmet sunabilmenin önemini, sağlık hizmetleri için de bir o kadar geçerli kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin müşterileri olan hastalar da, ancak kaliteli olarak algıladıkları hizmetlerden memnun kalmaktadırlar.

Hizmet kalitesi, hizmet pazarlamasında üzerinde en fazla araştırma yapılan konulardan birisidir. Yapılan araştırmalar hizmet kalitesinin işletmenin performansıyla (Zeithaml vd., 1996 ve Boulding vd., 1993), müşteri tatminiyle (Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1993; ve Taylor ve Baker, 1994) ve satın alma niyetiyle (Zeithaml vd., 1996 and Boulding vd., 1993) ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Hem sağlık hizmetlerine verilen 6nemin artması ve sekt6rde artan rekabet koşulları, hem de sunulan hizmetlerin m6şteriler tarafından nasıl algılandığıının m6şteri tatmini ve işletmelerin performansları 6zerindeki etkileri, hizmet kalitesinin 6l6çölmesini sağlık sekt6rünün t6m paydaşları a6ısından 6nemli bir unsur olarak karşımıza 6ıkarmaktadır.

6dediği bedelin karşılığını almayı bekleyen ve kaliteli hizmet talep eden, hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve aldığı hizmetleri sorgulayan bilin6li t6keticiler profili 6zel sekt6r6 olduğu kadar kamu sekt6r6n6 de etkilemektedir. Sağlık hizmeti sunan kamu kurumları, her ne kadar kamu hizmeti veriyor olsalar da sunulan hizmetlerin kalitesi, bu hizmetleri alan hasta ve hasta yakınlarının bilin6 düzeyleri arttıka, daha da 6nemli hale gelmekte ve kurumların aynı alandaki yatırımlarını zorunlu kılmaktadır.

Dolayısıyla işletmelerin hizmet kalitesi i6in ortaya koydukları t6m 6abaların sonu6larının 6l6çölmesi, hizmeti alan m6şterilerin sunulan hizmetleri nasıl algıladıkları, kalitenin hangi boyutlarında farklılıklar g6sterdikleri ve elde edilen sonu6lara g6re yeni tedbirlerin alınması s6rekli iyileştirmenin anahtarı olmaktadır. 6l6ç6lmeyen kalitenin değerlendirilmesi ve s6rekli iyileştirme sağlanması m6mk6n olmayacaktır.

Bu tez 6alışması; yukarıda ele alınan koşullar 6er6evesinde, sağlık alanında sunulan hizmetlerin kalitesinin sağlık hizmetleri alanlarca nasıl algılandığını, hizmetleri sunan farklı hastane t6rlerine g6re ele alarak değerlendirmelerde bulunmaktadır. B6ylece hastaların hizmet kalite algılarının hastane t6rlerine g6re farklılaşıp farklılaşmadığı, farklılıklar olması halinde kalitenin hangi boyutları a6ısından farklılıkların 6n plana 6ıktığı gibi tespitlerde bulunarak karşılaştırmalı bir analiz yapmayı ama6lamaktadır.

Tezin amacına y6nelik olarak 6alışmanın birinci b6l6m6nde; hizmet kalitesi genel olarak ele alınmış, ilgili başlık altında hizmet kavramı, hizmet kalitesi ve boyutları ile alanda 6ne 6ıkan hizmet kalitesi modelleri ortaya



konulmaya çalışılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümü ise konunun sağlık hizmetleri özelinde değerlendirilmesi şeklinde ortaya konulmuştur. Sunulan çerçevede, sağlık hizmetlerinin özellikleri, hastaneler ve hastanelerin sınıflandırılması gibi konulara yer verildikten sonra, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı detayları ile ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi ölçmeye yönelik olarak yurt içinde ve dışında yapılan önemli çalışmaların ortaya konulmasının ardından çalışmanın üçüncü bölümünde tezin araştırma kısmına yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, araştırmanın yapıldığı Ankara ilinde yer alan kamu, özel ve üniversite hastanelerinden elde edilen veriler çerçevesinde, algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmini ile ilgili bulgulara yer verilmiş, hastane türleri arası farklılıklara yönelik sonuçlar ortaya konulmaya çalışılmıştır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ TEORİK ÇERÇEVE; HİZMET KAVRAMI, HİZMET KALİTESİ BOYUTLARI VE MODELLERİ

Günümüzde, gelişmiş ülkeler ulusal gelirlerinin büyük bir bölümünü hizmet sektöründen elde etmekte ve mamul üreten birçok işletme hizmet ağırlıklı mesajlarla faaliyetlerini yürütmektedirler (Öztürk, 1998: 2). Hizmetlerin sunumunda kalite kavramının artan önemi, konuyla ilgili pek çok çalışmanın yapılmasına neden olmuş ve yapılan çalışmaların büyük bir bölümü hizmet kalitesinin boyutları ve ölçümü üzerine odaklanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde, hizmet kavramı ve hizmet kalitesi ile ilgili teorik çerçeve incelenmektedir.

#### 1. HİZMET KAVRAMI

Sağlık, eğitim, toptancılık, perakendecilik, taşımacılık, bankacılık, sigortacılık, eğlence, turizm, danışmanlık ve iletişim işletmeleri hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerdendir. Gayri safi milli hâsıllarının yarısından fazlasının hizmet sektöründe üretildiği ekonomilere hizmet ekonomisi denilmektedir. Bu bağlamda gelişmiş batı ülkeleri birer hizmet ekonomisi özelliği taşımaktadırlar (Öztürk,1998:12).

Fiziksel mallardan farklı oldukları için hizmetleri tanımlamak zordur. Ayrıca eğitimden bankacılığa, konaklama işletmelerinden sigortacılığa kadar çok geniş bir alanı kapsıyor olmaları ifade edilen zorluğu artırmaktadır. Literatürde hizmetlere ilişkin çeşitli tanımlar yer almaktadır. Hizmetler, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması amacıyla üretilen soyut ürünlerdir (Neal vd., 1994:370). Bir başka tanıma göre ise hizmet, müşteri ile

hizmeti sunan kişi ya da kurumun karşılıklı olarak birbirleri ile iletişim kurmalarını gerektiren sosyal faaliyetlerdir (Karahana, 2000:14).

Hizmetler soyuttur, homojen değildir, üretim ve tüketimi eşzamanlıdır. Hizmetler sayılamaz, ölçülemeyebilir, stoklanamaz ve satın alma öncesi denenemezler. Hizmetlerin soyut olması nedeniyle hizmet işletmelerinin müşterilerinin sundukları hizmetleri nasıl algıladıklarını ve kalitesini nasıl değerlendirdiklerini anlamaları oldukça zor olabilir (Parasuraman vd., 1985: 42). Mucuk'a (1994:74) göre hizmetler, tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalardır.

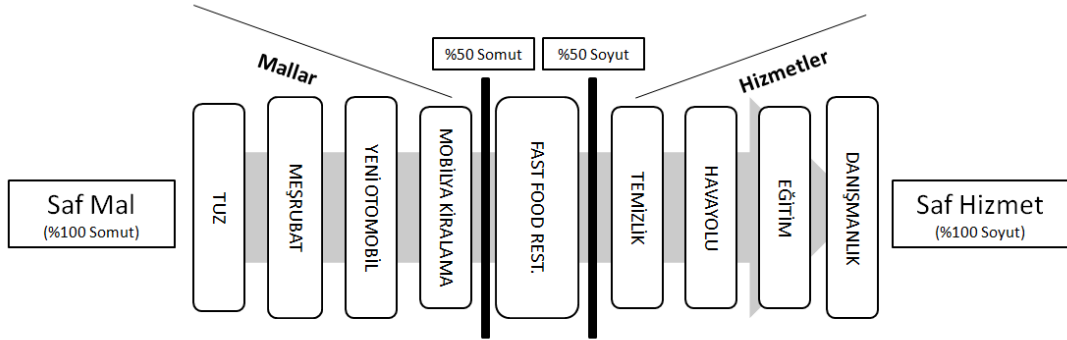
Grönroos (1990:27) hizmetleri, "az-çok dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri, hizmet personeli ve hizmeti sunanların fiziksel kaynak veya malları ile sistemleri arasındaki etkileşim sırasında oluşan ve müşteri problemlerine çözüm olarak sağlanan bir faaliyet ya da faaliyetler dizisi" olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanımda hizmetler, insanların ve/veya insan gruplarının gereksinimlerini karşılamak amacı ile belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen, yarar ve doyum oluşturan soyut faaliyetler bütünü olarak ele alınmaktadır (Doğan ve Tütüncü, 2003:1).

Hizmet, bir tarafın diğer tarafa sunduğu, üretimi fiziksel bir ürüne bağlı olan veya olmayan, asıl olarak gayri maddi ve sonuçta belli bir şeyin mülkiyetinin geçmediği faaliyet ve yararlardır (Tek,1995:271). Hizmet, üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay ve çaba olarak tanımlanabilir (Uyguç, 1998: 8). Skinner (1990:631) ise hizmeti, kişi ve makinelerin insan ve araç gayretleriyle yarattığı, müşterilere doğrudan fayda sağlayan, fiziksel varlığı olmayan uğraşlar olarak tanımlamaktadır.

Uygulamada hizmetler, müşteriye sırf mal veya hizmet sağlamak yerine mal ve hizmetin değişik düzeylerdeki bileşimi olarak sunulmaktadır. Bir diğer deyişle hizmetler, somutluk soyutluk derecelerine göre her ürünün saf

maldan saf hizmete kadar değişen mal ve hizmet karışımından oluşmaktadır (Üner, 1994:2). Ürünlerle ilgili Üner'in (1994) ifade ettiği, mal ve hizmetlerin somutluk ve soyutluk düzeylerine göre farklı karışımları Şekil 1'de görülebilir.

**Şekil 1: Somut Mallardan Soyut Hizmetlere Ürün**



**Kaynak:** ÜNER, M. Mithat: 1994, "Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?", Pazarlama Dünyası, Yıl:8, Sayı:43 (Ocak-Şubat), 2-11.

Amerikan Pazarlama Birliğine göre hizmet, satış amacıyla sunulan veya ürünlerin satışı ile bağlantılı olarak ortaya konulan eylemler, faydalar veya tahminlerdir. Hizmetler, soyut olma özelliğine sahip ve alındığında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, satış için sunulan faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşididir (Kotler ve Armstrong, 2001: 291). Amerikan Pazarlama Birliği hizmetleri 10 kategoride sınıflamaktadır. Bunlar:

- a. Sağlık hizmetleri,
- b. Finansal hizmetler,
- c. Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- d. Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- e. Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- f. Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- g. Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- h. Telekomünikasyon hizmetleri,
- i. Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

## 2. HİZMET PAZARLAMASINDA KALİTE VE BOYUTLARI

Hizmet pazarlamasında kalite kavramının artan önemi, öncelikle kavramın ne ifade ettiğinin anlaşılmasını gerektirmektedir. Ayrıca çok boyutlu bir kavram olması nedeniyle hizmet kalitesinin net olarak bir tanımını yapmak zordur. Bu nedenle, literatürde hizmet kalitesi ile ilgili çok sayıda tanıma rastlamak mümkündür (Rosender, 1989: 530). Çalışmanın bu bölümünde öncelikle kalite kavramı değerlendirilecek, daha sonra mallardan farklı özellikleri taşımaları dolayısıyla, hizmet kalite kavramı ayrıca ele alınacaktır. Hizmet kalitesi ile ilgili ortaya konulan modellere geçmeden önce, son olarak hizmet kalitesini oluşturan boyutlar üzerinde durulacaktır.

### 2.1. Kalite Kavramı

Kalite sözcüğü kullanım amacına göre değişik anlamları ifade edebilmektedir. Örnek olarak kalite kavramı “pahalı”, “lüks”, “az bulunur”, “üstün nitelikte” ve benzeri anlamlarda kullanılabilir. Teknik formasyondaki kişilere göre ise, standartlara uygunluk ile özdeş olan bir kavramdır (Kavrakoğlu, 1993: 13). Genelde müşteri memnuniyetini de ifade eden kalitenin birçok tanımı yapılmıştır (Oktay ve Özçomak, 2001: 309).

Kalite kavramı, günümüzde işletmeler tarafından stratejik bir öge haline gelirken, tüketiciler tarafından tercihleri belirleyen ana unsurlardan biri olmaktadır. Özellikle işletmelerin sundukları ürün kalitesinin iyileştirilmesi, hatalı üretimin asgariye indirilmesi sonucu verimliliği arttırmakta böylece işletmelere rekabet üstünlüğü yaratarak işletmelerin pazar paylarını arttırmalarına destek olmaktadır (Atan vd.,2010:3).

Japonya’da 1950’lerde kalite devrimi yapan ABD’li W.Edwards Deming, kaliteyi çeşitli boyutlarıyla ele alıp birkaç farklı tanım yapmıştır. Tanımlardan ilkinine göre kalite, “işletmenin ürettiği ürün ve performansın,

spesifikasyonlara uygun olması” olarak ifade edilirken; diğesinde, “ tüketicinin, işletmelerin ürettiği mal ya da hizmet hakkındaki yargısı” olarak ifade edilmiştir (Deming, 1998:137).

Juran’a göre (1962: 1-2), kalitenin birçok anlamı vardır. Ancak öne çıkan kalite yaklaşımı, ürünün ihtiyaçları karşılama derecesi, yani kullanıma uygunluğudur. Crosby, kaliteyi “bir ürünün gerekliliklere uygunluk derecesi” olarak tanımlamıştır. Taguchi ise kaliteyi, “ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu minimal zarar” olarak tanımlamıştır (Demirkan, 1997: 44).

Kotler ve Armstrong (1994:367) kaliteyi performans kalitesi ve uygunluk kalitesi olmak üzere ikiye ayırarak tanımlamıştır. Performans kalitesi ürünün fonksiyonlarını yerine getirdiği düzeyi göstermektedir. Uygunluk kalitesi ise, ürün kalitesinin tasarım kalitesine ne kadar uyduğunu göstermektedir.

Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC)’na göre kalite, “belirli bir malın veya hizmetin, müşteri isteklerine uygunluk derecesidir” (Ertuğrul, 2004,6). ISO 8402 kalite sözlüğü ve ISO 9000 serilerinde kalite; “açıkça belirtilen ve ifade edilmemiş gizli ihtiyaçları tatmin edebilme konusunda bir yeteneğe sahip olan mal ve/veya hizmetlerin özellik ve karakteristiklerinin görülebilir toplamıdır” şeklinde tanımlanmıştır. Avrupa kalite kontrol organizasyonu ve ISO’nun tanımları, kalitenin müşteri tatmin etme yeteneğini vurgulamaları bakımından önemlidir (Değermen, 2006:16).

Amerikan Kalite Kontrol Derneği kaliteyi “bir mal veya hizmetin belirlenen ihtiyaçları karşılama yeteneğini taşıması için sahip olması gereken özelliklerin tümü” olarak tanımlamaktadır (Buyruk, 1999:42). Birçok müşteri odaklı işletme, kaliteyi müşteri tatmini açısından ele almaktadırlar. İfade edilen bakış açısı kaliteyi, müşteri gereksinimleri ile başlayan ve gereksinimlerin tatmini ile sona eren bir süreç olarak değerlendirmektedirler (İçöz, 2001:8).

Yukarıdaki tanımların tamamı dikkate alındığında kaliteyi hatalardan arınma ya da standartlara uygunluk şeklinde ürün odaklı tanımlayan yaklaşımlarla, müşteriye odak noktası yaparak ortaya konulan tanımlamaları görmekteyiz. Her iki bakış açısı da dikkate alındığında, çok genel olarak kullanım amacına uygunluk derecesi biçiminde tanımlanabilen kalite kavramı, özelliklerinin farklılaşmasından dolayı mal ve hizmetler için ayrı ayrı dikkate alınması gereken bir kavramdır. Dolayısıyla hizmet kalitesi kavramı bir sonraki bölümde ayrıca ele alınmaktadır.

## **2.2. Hizmet Kalitesi**

Hizmetleri mallardan ayıran özellikleri dikkate alındığında, mallar için yapılmış kalite tanımlarının hizmetlerin kalitesini açıklamakta yetersiz kaldığı görülmektedir (Mei vd.1999). Kalite konusundaki gelişmelere paralel olarak son dönemlerde hizmet kalitesi kavramı da üzerinde en fazla durulan kavramlardan biri haline gelmiştir. Çünkü işletmeler sundukları hizmetlerin kalitesini arttırarak pazar paylarını büyütebilmekte, daha yüksek karlılık ve verimlilik sağlayabilmekte, müşteri sadakati yaratabilmekte ve rakip işletmelere göre farklılık oluşturarak fiyat rekabetinden korunabilmektedirler (Zeithaml vd., 1990:2).

Kalitenin tarihi gelişiminde uzun yıllar ürün kalitesi odaklı çalışmalar hâkim iken, daha sonra özellikle 18. Yüzyılın sonlarında Adam Smith ile başlayan ve sonrasında Alfred Marshall ile devam eden açıklamalarla hizmet kalitesi tanımlanmaya çalışılmıştır (Cowell, 1984:2).

Özellikle son 20 yıldır oldukça önemli bir konu olarak ortaya çıkan hizmet kalitesi kavramı (Stafford vd., 1999: 13) işletmeler için “stratejik değer” olarak tanımlanmaktadır (Lewis vd., 1994: 3). Hizmet kalitesinin artan önemi ve mevcut yapısı, konu üzerinde pek çok çalışma yapılmasına neden olmuş

ve yapılan çalışmaların büyük bir bölümü hizmet kalitesinin boyutları ve ölçümü üzerine odaklanmıştır.

Literatürde hizmet kalitesi konusunda yapılan başlıca çalışmalar incelendiğinde; Parasuraman vd. (1985, 1988, 1991), Carman (1990), Babakuş& Boller (1992), Cronin & Taylor (1992, 1994), Teas (1994), Fayek vd. (1996), Yavas vd. (1997), Bloemer vd. (1999), Dabholkar vd. (2000), Kanji &Wallace (2000), Carvana vd. (2000), Li & Collier (2000), Lim & Tang (2000a, 2000b), Sivadas & Baker-Prewitt (2000), Yavas & Shemwell (2000), Kara vd. (2001,2003), Andaleeb (2001), Brady & Cronin (2001), Oliver & Swan (1989), ve Taylor & Cronin (1994)'in çalışmaları dikkat çekmektedir.

Hizmet kalitesiyle ilgili olarak literatürde, sağlanan hizmetin teknik boyutunun ve hizmetin nasıl sağlandığıyla ilgili fonksiyonel boyutun üzerinde durulmaktadır (Choi vd., 2004: 914). Hizmet kalitesi, uzun dönemli bir performans değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan bir tutum şeklinde tanımlanmıştır (Hoffman ve Bateson, 1997: 298).

Parasuraman (vd., 1985, 42) hizmet kalitesini müşterinin beklentileri ile algılamaları açısından bakmış ve hizmet kalitesini müşterinin beklentileri ile algılamaları arasındaki karşılaştırma olarak tanımlamıştır. Müşteri pek çok faktörü algılayarak kaliteyi kendine göre yorumlamakta ve kendisine sunulan hizmet ile beklediği hizmeti karşılaştırmaktadır. Zeithaml (1988: 3), algılanan kaliteyi; hedeflenen ile gerçekleşen arasındaki fark, bir ürünün belirli katkısından daha yüksek düzeyde soyut bir kavram olarak tanımlamıştır.

Edwardsson (1998:142) hizmet kalitesini, müşteri beklentilerini karşılayabilme ve ihtiyaç ve gereksinimleri belirleyebilme derecesi olarak tanımlanırken, Teas (1993:27), performans ve ideal standartlar arasındaki kıyaslama olarak tanımlamıştır. Hizmet kalitesi, verilen hizmetin müşteri beklentilerinin ne kadarını karşılayabildiğinin bir ölçüsüdür. Kaliteli hizmet vermek ise müşteri beklentilerinin karşılanabilmesidir (Odabaşı,2000:93).



### 2.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Literatürde bulunan hizmet kalite boyutlarının belirlenmesine yönelik çalışmaların temelleri 1970'lere kadar dayanmaktadır. Sasser, Olsen ve Wyckoff (1978) hizmet kalite boyutlarını personel düzeyi, tesis düzeyi ve malzeme düzeyi olmak üzere üç şekilde ele almaktadırlar. Personel düzeyi işletme çalışanlarının hizmet kalitesine olan katkısını, tesis düzeyi işletmenin hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla sahip olduğu tesis, makine ve cihazların sunulan hizmetin kalitesini hangi düzeyde etkilediğini ve malzeme düzeyi hizmetin sunulması için doğrudan olmayan hammaddeyi ifade etmektedir.

Grönroos (1984: 38) hizmet kalitesinin bileşenlerini: teknik, fonksiyonel ve itibar kalitesi şeklinde açıklamıştır. Teknik kalite sunulan hizmetin çıktıları ile ilgilidir. Fonksiyonel kalite sunulan hizmet süreci ile ilgilidir. İtibar kalitesi ise, hizmet sunan işletmenin genel imajı ile ilgilidir (Buttle, 1995:14).

Literatürde en çok kabul gören hizmet kalite boyutlarını içeren ölçek Parasuraman, Berry ve Zeithaml tarafından 1985'te geliştirilmiş olan Servqual'dir (Acuner, 2004;6). Söz konusu çalışmada hizmet kalitesi önce on boyutta incelenmiştir. Boyutlar; fiziksel varlıklar, güvenilirlik, heveslilik (isteklilik), yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenlik, ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama boyutlarıdır.

Parasuraman ve diğerleri daha sonraki çalışmalarda yaptıkları istatistiksel analizler sonucunda bazı boyutlar arasında dikkate değer korelasyon olduğunu görmüşler ve hizmet kalitesiyle ilgili on boyutu beş boyut içerisinde ele almışlardır (Parasuraman vd., 1990: 21-22). Bu boyutlar: güvenilirlik (reliability), güven telkin etme (assurance), anında hizmet (responsiveness), fiziksel varlıklar (tangibles), empati (empathy) şeklindedir.

Lehtinen ve Lehtinen (1991) hizmet kalitesini üç boyutlu olarak ele almışlardır. Boyutlar; fiziksel kalite, etkileşim kalitesi ve işletme kalitesi boyutlarıdır. Fiziksel kalite boyutu, binaların ve hizmet üretimini olanaklı kılan ekipmanların durumu gibi konuları kapsamaktadır. Etkileşim kalitesi boyutu, ürünün üretim ve sunum sürecinde müşterilerin kendi aralarında ve işgörenler ile gerçekleşen etkileşimlerinin kalitesi anlamına gelmektedir. İşletme kalitesi boyutu ise, işletmenin sahip olduğu imajı simgelemektedir. İşletmenin imajı, sunulan ürün paketinin bir parçasını oluşturmakta ve bu paketin müşteriler tarafından değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Ghobadian vd. (1994) tarafından yapılan çalışmada hizmet kalitesinin; fiziki kalite, birleşik kalite ve etkileşim kalitesi olmak üzere üç boyuttan oluştuğuna işaret edilmektedir. Fiziki kalite, işletme binasının dış görünüşü, araç-gereçler vb. ile ilgili iken, birleşik kalite işletme imajı ile ilgilidir. Etkileşim kalitesi ise, tüketicilerin birbirleri ile olan etkileşimleri yanında işletme personeli ile olan etkileşimlerinden doğmaktadır.

Hizmet kalitesinin boyut yapısının incelendiği bir başka araştırmada (Walker, 2002:59) hizmet kalitesinin, genellikle etkileşim kalitesi ve somut unsurların kalitesi olmak üzere iki boyutlu bir yapı oluşturduğu belirlenmiştir. Kalite tekniklerinin hizmet sektörüne nasıl uyarlanacağını inceleyen Stuart ve Tax (1996) kalite yönetiminin anahtar faktörlerini hizmet sunum hızı (yavaş, hızlı, tam zamanında), doğruluk (fiyat tarifeleri, bilgiler), memnun edici davranışlar (arkadaşça, empatik) olarak belirlemiştir.

Hizmet boyutlarının bilinmesi hizmetlerin etkinliğini arttırmakta önemli bir role sahiptir (Ünlü ve Aktaş, 1995: 49). Sunulan hizmetlerin hangi özelliklere bakılarak kaliteli olarak değerlendirileceği, yukarıda sayılan kalite boyutları aracılığıyla ölçülmektedir. Öte yandan, sayılan kalite boyutlarının, hizmet kalitesini ne şekilde etkiledikleri ve nasıl bir yapıda bir araya geldiklerinin ortaya konulduğu hizmet kalitesi modellerinin de incelenmesi gerekmektedir.

### 3. HİZMET KALİTESİ MODELLERİ

Rekabetin ve tüketici bilincinin sürekli arttığı hizmet sektöründe başarılı olmak, kaliteli hizmet sunumuna bağlıdır. Sanayi sektöründe olduğu gibi, hizmet sektöründe de kalitenin, rekabet edebilmenin çok önemli bir ön koşulu olduğunun bilincine sahip kuruluşlar, sundukları hizmetlerin kalitesini daha da yükseltmenin yollarını araştırmaktadırlar. Bugüne kadar akademik çevrede hizmet kalitesi ve modelleri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. (Edvardsson, 1998:144, Kang ve James, 2004:266, Öztürk, 2003, 240). Hizmet kalitesini değerlendirmeye yönelik olarak ortaya konulan hizmet kalitesi modelleri, yazarlarının adlarıyla ve kronolojik bir sırada aşağıda açıklanacaktır.

#### 3.1. Grönroos – Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli

1984 yılında yapılan çalışmada yazar, teknik ve fonksiyonel hizmet kalitesi modelini oluşturmuştur. Modelde Grönroos (1984:36-40), kalitenin üç bileşenini; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olarak ortaya koymaktadır.

Modelin temeli, müşterinin beklediği hizmet kalitesi ile hizmetin sunulmasından sonraki hizmetin kalitesini karşılaştırması esasına dayanmaktadır. Beklenen kalite ile algılanan kalitenin karşılaştırılmaları ile algılanan hizmet kalitesi ortaya çıkmaktadır. Algılanan kalite, beklenen kalitenin üzerinde ise, müşteri tatmini sağlanmıştır. Ancak ortaya çıkan durumda algılanan hizmet kalitesinin yüksekliğinden bahsedilebilmektedir (Grönroos, 1984)

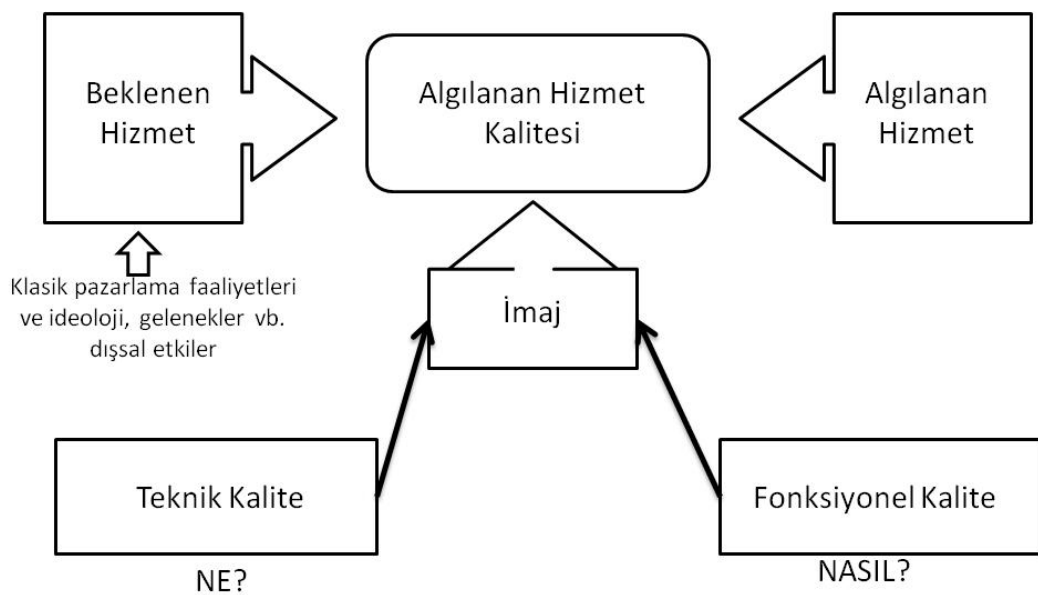
Teknik kalite, hizmetin çıktısının ne olduğu ile fonksiyonel kalite ise hizmetin ne olduğu, nasıl üretildiği ile ilgilenmektedir. Sayılan iki bileşen, müşterinin zihninde oluşan işletme imajı ile birleşerek müşterinin algıladığı kaliteyi oluşturmaktadır (Seyran, 2004:45). Teknik kalite, sadece hizmet

çıktısının kalitesini ifade ederken; fonksiyonel kalite, hizmetin sunum sürecinin kalitesini ifade etmektedir. İşletme imajı da, hizmet üreticisinin yarattığı imaj ve hizmet çıktısının, üretim süreci sırasındaki fiziksel koşullarını ifade etmektedir (Değermen, 2006: 35).

Modelde yer alan beklenen hizmet; reklam, alan satışı, fiyatlandırma gibi geleneksel pazarlama aktiviteleri ile ideoloji ve sözlü iletişimin dış etkileri olarak ifade edilmektedir. Algılanan hizmet ise değerlendirme sürecinin bir çıktısı olarak tanımlanmıştır. Bu değerlendirmede, tüketici hizmeti aldığı anda algıladığı hizmetle beklentisini karşılaştırmaktadır.

Model İsveç'teki işletme yöneticilerinden oluşan örnek grubu seçilerek 1981 yılında test edilmiştir. Yöneticiler banka, sigorta işletmeleri, oteller, restoranlar, nakliye, havayolu işletmeleri, temizlik ve bakım, araba kiralama işletmeleri, seyahat acenteleri, mühendislik danışmanları, mimarlar, iş danışmanları, reklamcılık işletmeleri ve kamu sektöründen kuruluşları içermektedir.

**Şekil 2: Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli**



**Kaynak:** Grönroos, C.: "A Service Quality Model and Its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, 18(4) (1984) 36-44.

### **3.2. Kano – Kano'nun Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Modeli**

Kano ve arkadaşlarına (1984) göre, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti için hangi gereksinimlerin karşılanması gerektiği ve bunların memnuniyeti nasıl etkilediğinin anlaşılması gerekmektedir. Kano, kalitenin üç bileşenini şu şekilde belirlemiştir; normal kalite, beklenen kalite ve heyecan verici/çekici kalite.

Normal kalitedeki bir ürünün gereksinimleri, müşteriye sorulduğunda cevabı doğrudan alınan tipik gereksinimlerdir. Beklenen kalitedeki bir ürün, müşterinin ifade etmesine gerek kalmayan, basit gereksinimleri içermektedir. Gerçekleştirilmemesi büyük tatminsizliğe yol açarken, gerçekleştirilmesi çoğunlukla müşteride olumlu bir etki yaratmaz. Heyecan verici/çekici kalitedeye sahip bir ürünün gereksinimlerin keşfedilmesi diğerlerine göre daha zordur. Gereksinimlerin karşılanmaması müşteride herhangi bir tepkiye yol açmazken, ürüne yansıtılması durumunda müşteri memnuniyetini beklenmedik derecede arttırmaktadır (Kano vd., 1984).

### **3.3. Parasuraman, Zeithaml ve Berry – Hizmet Kalitesi Modeli**

Hizmet kalitesi konusunda geliştirilen bir diğer model de Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e ait olandır. Kavramsal bir model olup, yazarlarca önce, "Hizmet Kalitesi Modeli" (1985) daha sonraki çalışmalarda ise "Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli" olarak isimlendirilmiştir. Hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan Servqual (Service Quality-Hizmet Kalitesi) ölçeği, hizmet kalitesi oluşumuna büyük katkılar sağlamıştır (Karatepe, 1999: 113).

Modelin temeli; müşterinin "beklediği hizmet" ile organizasyon yöneticileri tarafından beklentilerin algılanıp, hizmetin ortaya konulması sonucunda, hizmetin müşteri tarafından algılanması ile oluşan "algılanan hizmetin" karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Parasuraman vd. (1985)

tarafından geliştirilen modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi, müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini (algıladığı hizmeti) kıyaslamasının bir sonucu ortaya çıkmaktadır. Beklentiler, müşterilerin hizmeti almadan önce sunulan hizmetlere ilişkin sahip oldukları arzu ve isteklerinin bir bütünü olarak ele alınmaktadır.

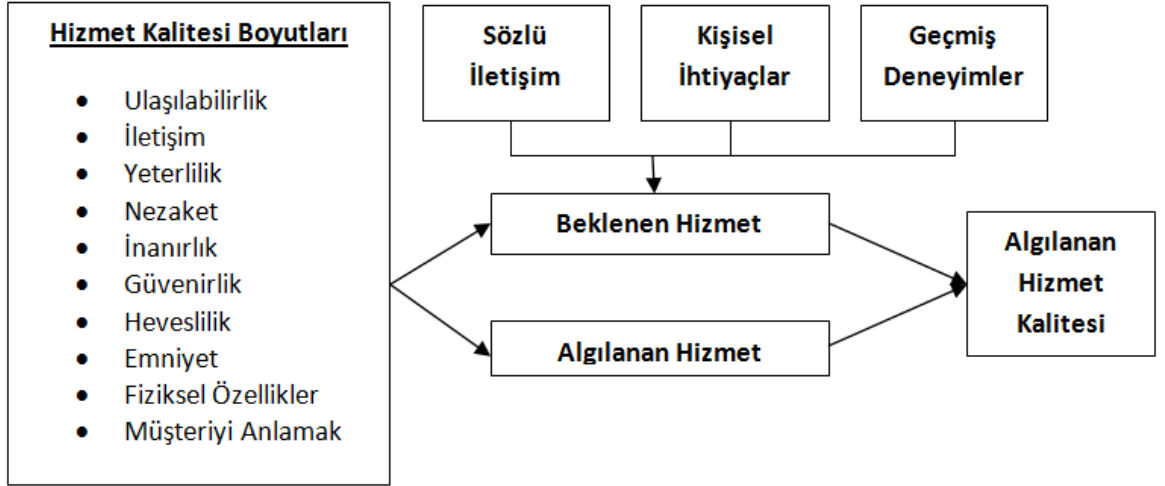
Algılanan hizmet kalitesini sayısal temelde ölçmek için Parasuraman vd. (1988) yaptıkları ilk araştırmada, beş ayrı hizmet sektörünün (bireysel bankacılık, kredi kartı hizmeti, tamir-bakım hizmeti, uzun mesafe telefon hizmeti, menkul kıymetler komisyonculuğu) son üç ay içinde hizmeti kullanmış tüketicilerinden eşit şekilde kadın ve erkek olmasına özen göstererek 200 kişilik bir grup seçmişlerdir. Araştırma ile tüketicilerin beklenti ve algılarını ayrı ayrı hesaplayarak müşteri perspektifinden, hizmet sunan işletmenin algılanan hizmet kalitesi düzeylerini ölçmeye çalışmışlardır (Parasuraman vd.1988: 12- 40).

Servqual ölçeğinin maddeleri daha önceki çalışmalar ışığında ortaya çıkan on hizmet kalitesi boyutundan yararlanılarak her bir hizmet kalitesi boyutu için ortalama 10 madde olacak şekilde toplam 97 madde olarak belirlenmiştir. Söz konusu ölçek iki bölümden meydana gelmektedir. İlk bölümde belli bir hizmet sektörü için tüketicilerin beklentilerini ölçmeye yönelik ifadeler yer alırken, ikinci bölümde tüketicilerin belli bir hizmet sektöründeki belli bir işletmenin hizmetleri hakkındaki algılarını ölçmeye yönelik ifadelere yer verilmiştir.

Söz konusu araştırmada veriler yukarıda belirtildiği şekilde toplanmış ve yapılan istatistiksel analizler sonucunda belirlenen on hizmet kalitesi boyutu altındaki 97 soru önermesinin sayısı 34'e indirilmiştir. Araştırmacılar, belirlenen 34 soru önermesi üzerinden tekrar beklentiler ve algıları ölçecek şekilde veri toplayıp istatistiksel analizler yapmışlardır. Analizler sonucunda araştırmacıların keşfedici araştırmalar kapsamında tespit ettikleri on hizmet

kalitesi boyutunun sayısı beşe (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati), soru önermesi sayısı ise 22'ye indirilmiştir (Parasuraman vd.1988).

**Şekil 3: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları**



**Kaynak :** Parasuraman vd.,1985, 48

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'ye göre, söz konusu beş hizmet kalitesi boyutu bir iskelet oluşturmakta ve gerektiğinde başka hizmet işletmelerine de adapte edilebilmektedir. Ölçeği geliştiren araştırmacılara göre; her bir hizmet sektörü kendine özgü olduğundan, genel olarak tüm hizmet sağlayan işletmelerde geçerli olan aşağıdaki beş hizmet kalitesi boyutundan söz etmek mümkündür. Boyutlar aşağıda sıralanmaktadır:

1. Fiziksel varlıklar (tangibles): Haberleşme materyalleri, malzemeler, fiziksel varlıklar ve personelin dış görünüşüdür.
2. Güvenilirlik (reliability): Performansta tutarlılık ve işletmenin sözünü tutmasıdır. Bir diğer deyişle hizmetin söz verildiği zaman ve şekilde tam olarak yerine getirilmesidir.

3. Empati (empathy): Müşterilere önem verme, onlar ile yakından ve kişisel olarak ilgilenme, personelin kendini müşterinin yerine koymasidir.
4. Anında hizmet verme/heveslilik (responsiveness): Müşteriye yardımda istekli olma ve hizmetin en kısa sürede yerine getirilmesidir.
5. Güven telkin etme / Yetkinlik (assurance): Personelin yeterli bilgiye sahip olması ve müşteriye güven vermesidir.

Servqual modeline göre hizmet kalitesi, algılamayla beklentinin farkıdır ve aşağıdaki gibi formüle edilmektedir.

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

Modelde, hizmeti sunan işletmelerin anlayışı ve uygulamaları ile onu kullanan müşterilerin beklentileri ve hizmeti tükettikten sonra ortaya çıkan gerçek hizmet arasındaki farklar ve söz konusu farkların kaynakları yer almaktadır. Farklı hizmet endüstrilerinde sunulan hizmetlerin tatmin edici olmasını engelleyen farkların oluşmaması ya da oluşmuş ise kapatılması için uygulanabilecek genel anlayış ve çözümler de boşluk analizinde ayrıntısıyla ele alınmaktadır.

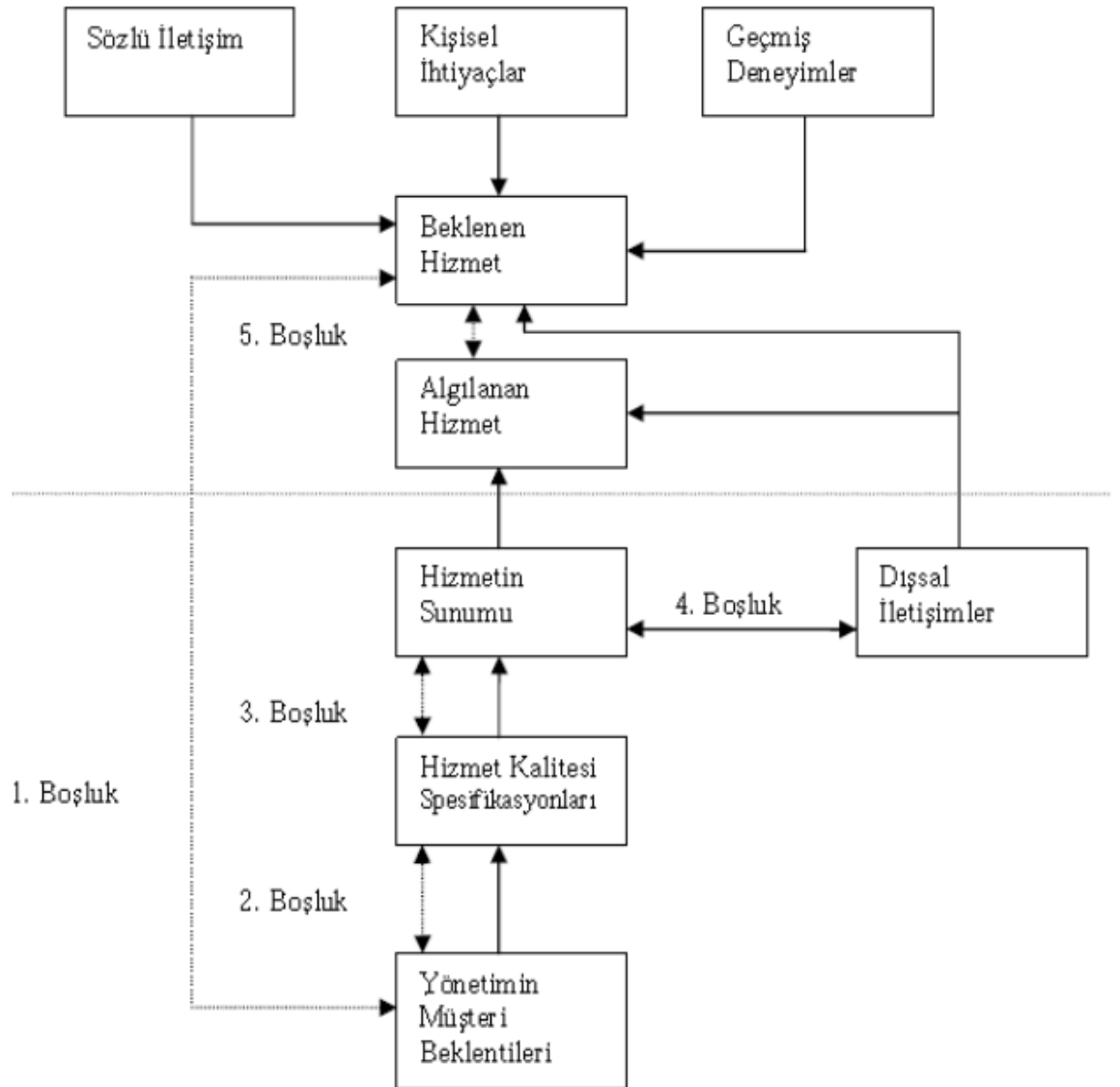
Modelde ortaya konulan boşluklar aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür (Parasuraman vd.,1985, 44- 46):

- Boşluk 1: Müşteri beklentileri ile yönetimin algılamaları arasındaki farktır. Boşluk, yönetimin müşteri beklentilerini tam olarak bilmemesinden kaynaklanmaktadır.



- Boşluk 2: Yönetimin müşteri beklentileri hakkındaki algılamaları ile algıların hizmet kalitesinin belirleyici özelliklerinin dizaynına aktarılması arasındaki farktır. Boşluk, yönetimin müşteri beklentilerinden algıladıklarını yansıtacak hizmet dizaynı ve standartların doğru seçilememesinden ötürü oluşmaktadır.

**Şekil 4: Kavramsal Hizmet Kalite Modeli**



**Kaynak :** Parasuraman vd.,Boşluk Modeli, 1985,44

- Boşluk 3: Müşteri algılarının hizmet kalitesi dizaynına aktarılması ile sunulan hizmet arasındaki farktır. Ortaya çıkan boşluk, hizmetin kalite spesifikasyonlarına uymamaktan kaynaklanmaktadır. İşletmeler koydukları standartların yanında sistemini teknolojik alt yapısı ile desteklemelidir.
- Boşluk 4: Sunulan hizmet ile müşterilerle dışsal iletişim arasındaki farktır ve müşterilere verilen sözlerin tutulmaması nedeniyle oluşmaktadır.
- Boşluk 5: Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki farktır. Boşluk, temel olarak hizmetin kaliteli olup olmadığını göstermektedir. İlk dört boşluk, hizmeti sunanlar tarafından yaratılırken, bu boşluk müşteri tarafından yaratılmaktadır. Beşinci boşluk, diğer dört boşluğun fonksiyonu olduğundan, buradaki boşluğun kapatılması, diğer boşlukların kapatılmasına bağlıdır.

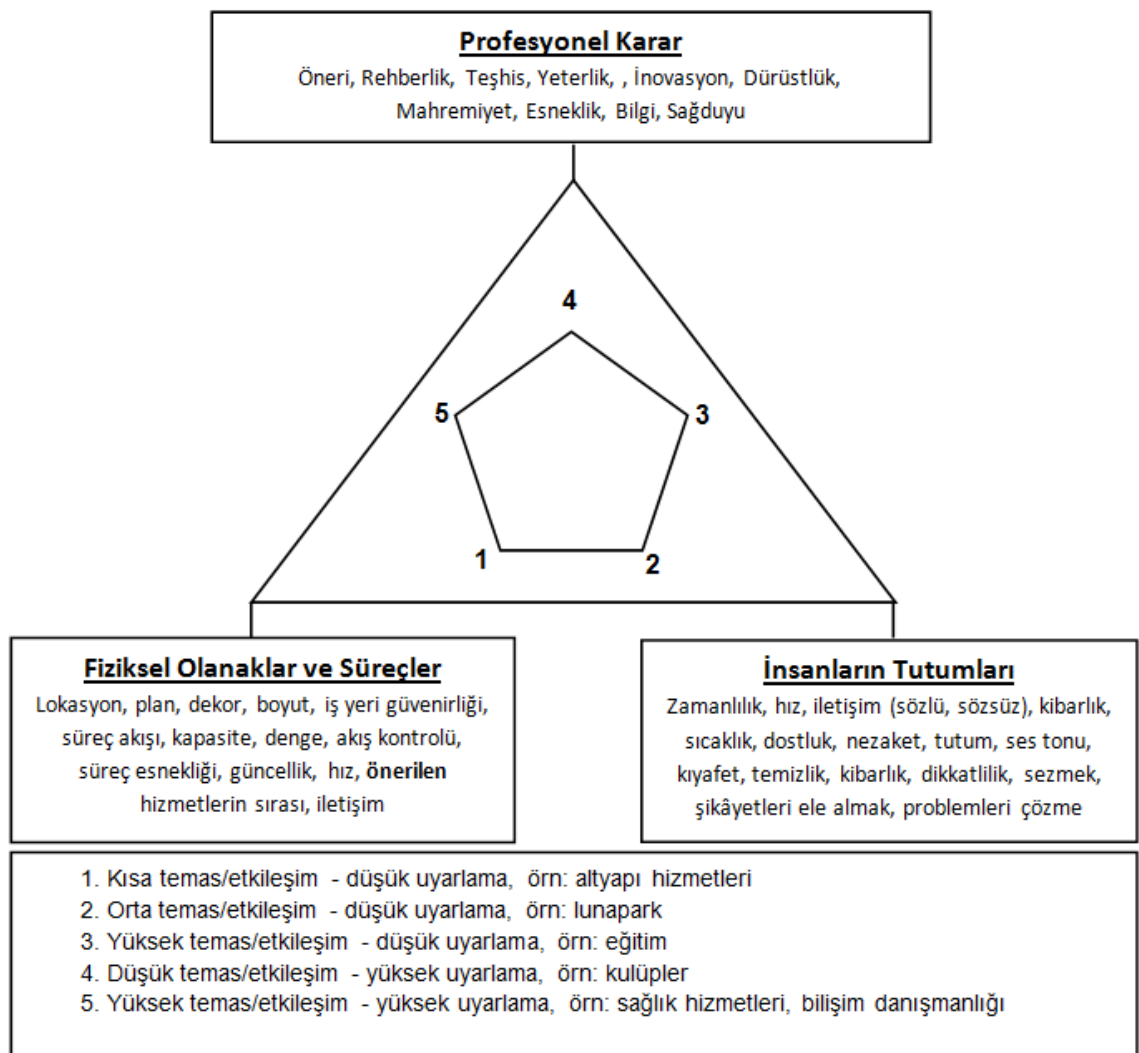
#### **3.4. Haywood-Farmer, Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli**

Haywood-Farmer'ın ortaya koyduğu modele göre, hizmet sunan bir işletme, müşterilerinin istek ve beklentilerini tutarlı bir şekilde karşılıyorsa "yüksek kaliteye" sahiptir. Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli'ne göre hizmetler temelde üç ana özelliğe sahiptir. Bunlar; (1) fiziksel olanaklar ve süreçler; (2) insanların tutumları ve (3) profesyonel kararlardır. Her bir nitelik birden çok faktörden oluşmaktadır.

Modelde, her bir nitelik kümesi üçgenin bir köşesini oluşturmaktadır. Haywood-Farmer farklı hizmetleri; (a) hizmetin uyarlanma düzeyi, (b) işgücü yoğunluğu, (c) temas ve etkileşim düzeylerine göre haritalamaya çalışmıştır. İşletme yönetimi, hizmet için en uygun pozisyonun hangisi olduğuna karar verirken, sayılan üç operasyonel faktörü göz önüne alarak karar vermektedir.

Böylece model, hizmet kalitesi kavramını anlamayı kolaylaştırarak doğru müşteri segmenti için doğru kararlar verilmesinde yardımcı olmaktadır. Haywood-Farmer'in 1987 yılında oluşturduğu model aşağıdaki şekilde görülmektedir.

**Şekil 5: Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli**



**Kaynak:** Haywood-Farmer, J.: "A Conceptual Model of Service Quality", *International Journal of Operations & Production Management*, 8(6) (1988) 19-29.

Model, hizmetlerin tasarımını ve müşteri beğenisini geliştirmede yardımcı olmaktadır. Ancak model, hizmet kalitesini ölçmemekte, hizmet

kalitesi ile ilgili problemleri veya hizmet kalitesini arttırmada pratik araçları sunmamaktadır (Seth vd.,2005).

### **3.5. Brogowicz, Delene, Lyth – Hizmet Kalitesi Sentez Modeli**

Hizmet Kalitesi Sentez Modeline göre; sözlü iletişim, reklam veya diğer medya iletişim araçları aracılığıyla, müşteri henüz hizmeti deneyimlememiş olsa bile, hizmet kalitesi aralığı oluşabilmektedir. Dolayısıyla modele göre, mevcut müşterilerin hizmet kalitesi algıları kadar potansiyel müşterilerin hizmet kalitesi algıları da göz önünde bulundurulmalıdır.

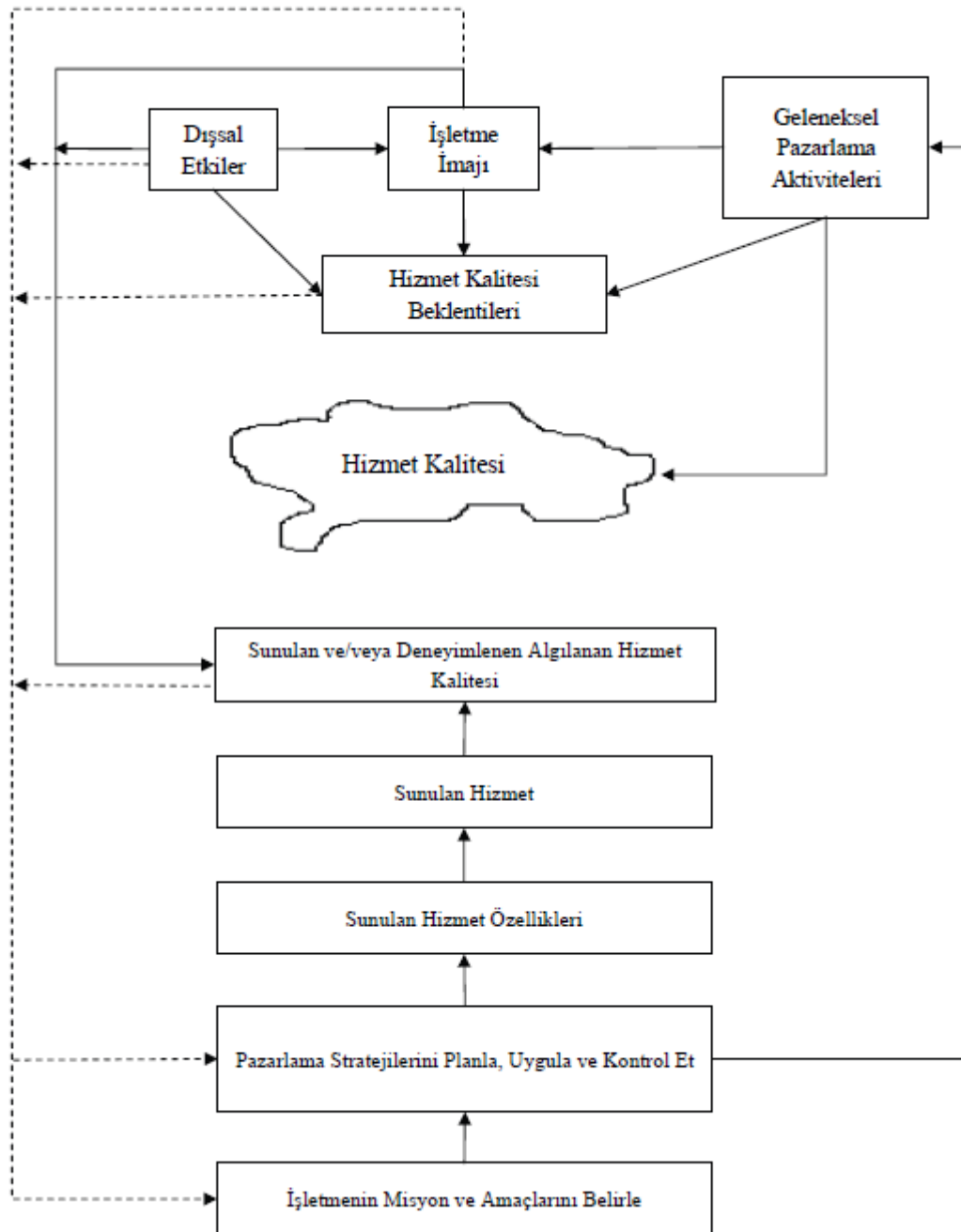
Brogowicz vd.'nin (1990) ortaya koydukları model; geleneksel yönetim yapısını, hizmet tasarımını, operasyonları ve pazarlama aktivitelerini entegre etmeye çalışmaktadır. Modelin amacı, geleneksel yönetim yaklaşımında planlama, uygulama ve kontrolde hizmet kalitesi ile ilgili boyutları belirlemektir.

Hizmet Kalitesi Sentez Modeli, teknik ve fonksiyonel kalite beklentilerini etkileyen üç faktör olduğunu savunmaktadır. Bunlar;

- a. İşletme imajı,
- b. Dış etkiler ve
- c. Geleneksel pazarlama aktiviteleridir.

Modelin kullanımı ve yönetim işleri ile ilgisi, yöneticilerin her hangi bir sektörde sundukları hizmetin başarısını etkilemektedir. Ortaya konulan model Şekil 6'da görülmektedir (Brogowicz vd.,1990).

Şekil 6: Hizmet Kalitesi Sentez Modeli



**Kaynak:** Brogowicz, A. A.; Delene, L. M.; Lyth, D. M.: "A Synthesized Service Quality Model with Managerial Implications", *International Journal of Service Industry Management*, 1(1) (1990) 27-44.

### 3.6. Lehtinen ve Lehtinen, Üç Boyutlu Hizmet Kalitesi Yaklaşımı

Lehtinen ve Lehtinen (1991), hizmet kalitesi ve boyutlarını değerlendirmek üzere iki yaklaşım uygulamışlardır. Birinci yaklaşımda kalite üç boyutuyla ele alınırken, ikinci yaklaşımda iki boyutta ele alınmaktadır.

Araştırmacılar çalışmalarını vaka çalışması şeklinde değişik tipte restoranlarda gerçekleştirmişlerdir. Üç boyutlu hizmet kalitesi yaklaşımı bar tipi, disko ve öğle yemeği yenen restoranlarda uygulanmıştır. Uygulamalardan ilk iki vaka çalışması gündüz öğle yemeği yenen restoranlarda, gece ise disko tipi restoranlarda, üçüncü vaka çalışması ise bar tipi restoranlarda gerçekleştirilmiştir. Buralarda yapılan çalışmalar sonucunda restoranlardaki müşteri kategorilerinden, kalitenin farklı boyutları belirlenmiştir. İki boyutlu kalite yaklaşımı Finlandiya'daki üç farklı dans restoranına uygulanmıştır. İdeal restoranda olması gereken 41 özellik faktör analizine tabi tutulmuştur. Sonuçta, ortaya konulan çalışmalarda kullanılan hizmet kalitesi boyutları, restoranlar için uyumlu çıkmıştır (Lehtinen ve Lehtinen,1991).

Araştırmacıların ele aldıkları birinci yaklaşımda üç kalite boyutu kullanılmıştır. Bunlar;

- a. Fiziksel kalite,
- b. Etkileşim kalitesi,
- c. İşletme kalitesidir.

Fiziksel kalite, hizmetin fiziksel elemanlarından meydana gelmektedir. Bunlar fiziksel ürün ve fiziksel destektir. Fiziksel kalite, malzeme kalitesini ve iş ortamı kalitesini de kapsamaktadır. Ayrıca Grönroos'un teknik kalitesi ile de ilgilidir. Fiziksel elemanlar bir hizmet üretim sürecinde ihtiyaç duyulan fiziksel ürün ve fiziksel destektir (malzemeler ve fiziksel çevre). Fiziksel ürünler, mal veya hizmet üretim sürecinde tüketilen mallar olarak tanımlanabilir. Fiziksel

destek ise, bir hizmet üretimine olanak sağlayan ya da kolaylaştıran çatıdır. Fiziksel destek, çevre ve malzemelerden oluşmaktadır.

Etkileşim kalitesi hizmet organizasyonunun müşteri ile ilişkide olan işletme çalışanları ile müşteri arasındaki etkileşimden meydana gelmiştir. Hizmet üretim sürecinde etkileşim elemanları aşağıda görülmektedir. Etkileşim kalitesi müşteri ile işletme personeli arasında olduğu gibi, müşteri ile diğer müşteriler arasında da olmaktadır.

İşletme kalitesi boyutu, hizmet organizasyonunun tarihi boyunca oluşmaktadır ve semboliktir. İşletme kalitesi boyutu, müşterilerin ve potansiyel müşterilerin işletmenin varlığını ya da onun imajı veya profilini nasıl gördüğü ile ilgilidir.

Lehtinen ve Lehtinen'in hizmet kalitesi ve boyutlarını değerlendirmek üzere ortaya koydukları *ikinci yaklaşımda* ise, iki kalite boyutu kullanılmıştır. İkinci yaklaşım, kaliteyi müşterinin bakış açısından ele almaktadır. Boyutlar; süreç ve çıktı kalitesidir.

Süreç kalitesi boyutu, müşterinin kişisel ve öznel yargısıdır. Süreç kalitesi boyutu, müşterinin üretim sürecini nasıl gördüğüne ve sürece uyumda kendini nasıl hissettiğine dayanmaktadır. Süreç kalitesi müşteri katılım stili ve kişinin hizmet stili ile ilişkisinde uyuma dayanmaktadır.

Çıktı kalitesi, hizmet üretim süreci sonucunu müşterinin değerlendirmesidir. Bazen çıktı kalitesi sadece müşteri tarafından değerlendirilmez, onun çevresindeki insanlar tarafından da değerlendirilir. Hizmet üretiminin sonucu iki kategoriye bölünebilir: fiziksel özellikler ve fiziksel olmayan özellikler.

### 3.7. Cronin ve Taylor – Servperf Modeli

Cronin ve Taylor (1994) tarafından ortaya konulan model, Servqual'e alternatif olarak geliştirilmiştir. Cronin ve Taylor "Servperf Versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality" adlı çalışmalarında, önce Parasuraman, Zeithaml ve Berry (PZB)'nin geliştirmiş oldukları Servqual Modelini eleştirmiş sonra da Servperf'in kalite ölçümünde daha etkili olduğunu göstermişlerdir (Cronin ve Taylor 1992, 55-68; Cronin ve Taylor 1994: 125–131).

Cronin ve Taylor, Parasuraman vd. tarafından geliştirilen modeldeki, hizmet kalitesini, "beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark" temelinde ölçmek yerine; sadece hizmet üreticisi tarafından ortaya konulan "performansa" dayalı olarak ölçecek yeni bir ölçüm modeli olan Servperf hizmet kalitesi modelini geliştirmişlerdir. Modele göre hizmet kalitesi, sadece hizmet üreticisi tarafından ortaya konulan performansın müşterilerce algılanma düzeyine bağlıdır ve ortaya konulan performansa eşittir. Dolayısıyla Servperf Modelinde, Servqual Modelinde yer alan, müşteri beklentilerinin ölçümü gerekli değildir.

Cronin ve Taylor, müşteri tatmini olgusunun da ihmal edilmemesi gerekliliğini belirterek müşterilerin davranış şekillerinin önemine işaret etmektedirler. Servperf Modelinde, müşteri tatmini ve hizmet kalitesi kavramları farklı birer kavram olarak ele alınmaktadır (Değermen, 2006: 23).

Cronin ve Taylor'a göre (1992:55-68;1994:125-131) Parasuraman vd., hizmet kalitesinin ölçülmesinde beklentilerle algıların rolü üzerinde durmuşlardır. Gerçekte, teorik ya da pratik olarak beklenti ve algı farkının hizmet kalitesinin ölçümünde bir temel olduğu konusunda çok az delil vardır. Dolayısıyla, model hizmet kalitesini ölçmek için müşterilerin algı ve beklentileri arasındaki farkı kullanmak yerine, hizmet kalitesini performans



esaslı ölçmektedir. Başka bir deyişle, Servqual Modelinde ölçülen tüketici beklentileri bu modelde ölçülmemektedir (Şerefkaya, 1997: 40).

Servperf Modelinde, Parasuraman vd.'nin Servqual Modelinde kullandıkları 22 değişken esas alınarak işletmenin algılanan performansı olarak uyarlanmış ve Servperf Modelinde sadece algılanan performansa esas olan 22 soru kullanılmıştır (Cronin ve Taylor, 1992).

Araştırmacılar, tüketicinin satın alma niyeti söz konusu olduğunda, hizmet kalitesine göre "tüketici tatmini"nin daha etkili olduğunu belirtmişlerdir. Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik geliştirdikleri Servperf Modeli ile tüketici memnuniyeti kavramını da ele almak gereğini ifade etmişlerdir. Araştırmacılara göre tüketiciler her zaman kalite düzeyi yüksek olan hizmeti almayacaklarını, bunun yanında yüksek memnuniyet sağlayan hizmeti tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Cronin ve Taylor, davranış esaslı ölçme sonucu elde edilen tüketici memnuniyetinin, tüketicinin uzun dönemli hizmet kalitesi davranışını gösteren daha iyi bir gösterge olduğunu savunmuşlardır (Cronin ve Taylor, 1994).

Cronin ve Taylor, Servperf'in Servqual'den daha büyük bir tahmin gücüne sahip olduğunu savunmaktadırlar (Cronin ve Taylor 1992; Cronin ve Taylor 1994: 125–131). Quester ve arkadaşları 1994'te reklâmcılık işletmeleri üzerinde yapmış oldukları bir incelemede Servperf'in daha etkili olduğunu iddia etmektedirler. Cronin ve Taylor'a paralel olarak Mc Alexander, Kaldenberg ve Koenig de benzer çalışmaları tekrarlayarak hizmet kalitesinin ölçümünde performans temelli yaklaşımı benimsemişlerdir (Mc Alexander vd.,1994:34-39).

Sonuç olarak model, hem hizmet kalitesi ve müşteri tatmini ilişkisinin nedensel sırasını ortaya koyarak, hem de hizmet kalitesini sadece performans temelinde ölçerek literatüre katkıda bulunan bir özellik taşımaktadır.

### **3.8. Mattsson – İdeal Değer Standandardına Dayalı Hizmet Kalitesi Modeli**

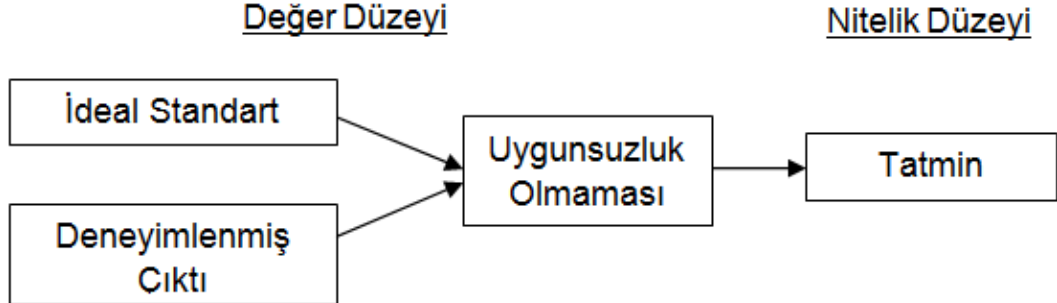
Hizmet kalitesi alanında yapılan çalışmaların birçoğunda “beklenti”, aranılan niteliklerin standart değerlendirmeye tabi tutulduğu temelinde ele alınmaktadır. Ancak konu tecrübeler temelinde, ideal, minimum tolere edilebilir ve istenilen düzey gibi diğer standartlar dışında da ele alınmalıdır. İdeal değer standardına dayalı hizmet kalitesi modeli kuran Mattsson (1992), müşteri memnuniyeti sürecinin çıktılarını modelleyerek, ideal standartlar ve tecrübe sonucu elde edilen verileri karşılaştırmıştır.

Öncelikle müşteriler arasından seçilen rastgele bir örneklemden, ideal otel değerlerinin neler olabileceğini sıralamaları istenmiştir. Müşterilere göre; hoş bir iç tasarım, iyi bir atmosfer, muhteşem konukseverlik, müşterilere değer verme, hızlı bir çalışma planı, personelin uygun davranışlar sergilemesi, bilgilerin anlaşılır olması gibi faktörler ideal otel değerleri olarak sıralanmıştır. Sonra da, otelden çıkış yapan müşterilerin otelde kaldıkları sürece ideal otel değerlerinden memnuniyet dereceleri öğrenilmiştir.

Yapılan araştırmada önemli çıkan faktör değerleri üzerinde durulmakta ve faktörler; otelin haberleşmesinin anlaşılmaz olduğu, otelin bir şeyleri hep aynı tarzda yaptığı, otelin misafirlerin ihtiyaçlarını karşılamadığı, otelde işlerin kötü gittiği, çalışanların işlerini görmede asla mutlu olmadıkları, otelin kişiliği ve havasından memnun olunmadığı şeklinde sıralanmaktadır (Mattsson, 1992: 23).

Çalışma sonucunda ortaya çıkan değer temelli model, algılanan ideal standartlarla tecrübelerin karşılaştırılmasını önermekte ve ideal standartlarla tecrübeler arasında oluşan fark, müşteri tatmininin belirleyicisi olmaktadır.

**Şekil 7: Hizmet Kalitesi İdeal Değer Modeli**



**Kaynak:** Mattsson, J.: "A Service Quality Model Based on An Ideal Value Standard", International Journal of Service Industry Management, 4(3) (1992) 18-33

### 3.9. Teas – İdeal Standartlara Dayalı Performans Kıyaslaması Modeli

Teas (1993) "İdeal Standartlara Dayalı Performans Kıyaslaması Modelinde", beklenti-algı karşılaştırmasından farklı olarak, hizmet kalitesinin ölçümünde beklentilerden ziyade bir özelliğin ideal standartları ile performansı arasındaki farkı ele almıştır. Dolayısıyla Teas, oluşturduğu modelde iki kavramsal çerçeve ortaya koymuştur;

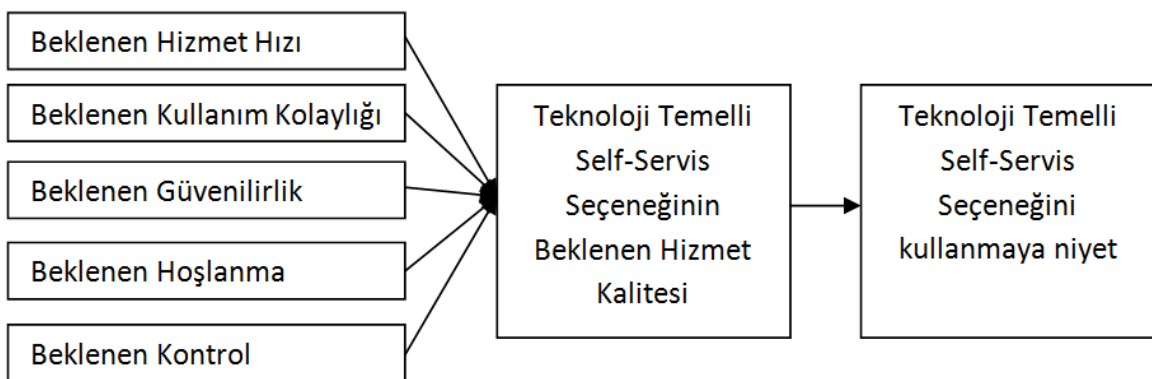
- a. Ölçülen performans,
- b. Hizmet kalitesinin ideal kriterleri.

Modele göre daha yüksek hizmet kalitesi, hizmet performansı ile hizmete atfedilen ideal özellikler arasındaki boşluğun ortadan kalkmasına ya da azalmasına bağlıdır.

### 3.10. Dabholker – Nitelik Esaslı Model ve Toplam Etki Modeli

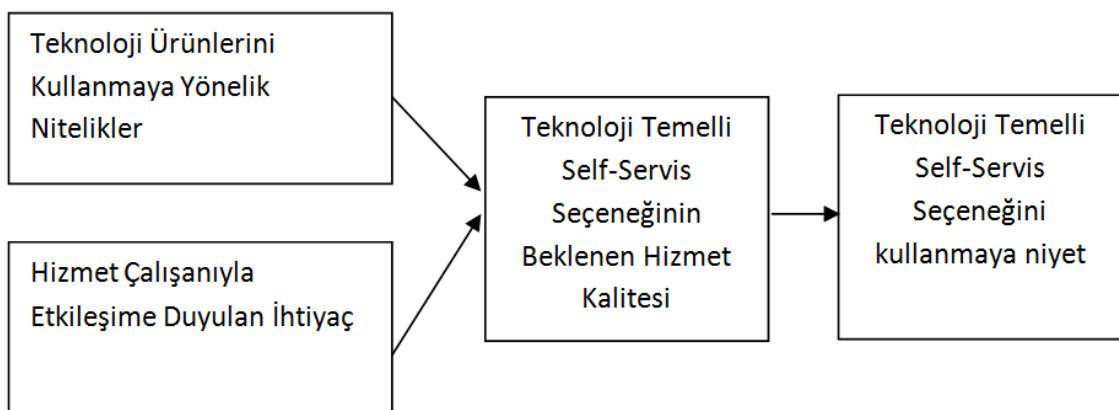
Self-servis hizmetlerinin artan önemini dikkate alan Dabholkar (1996) yaptığı çalışmada teknolojiye dayanan ve self servis opsiyonları için iki alternatif hizmet kalitesi modeli sunmuştur. Modeller nitelik esaslı model ve toplam etki modelleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Şekil 8: Nitelik Esaslı Model**



**Kaynak:** Dabholkar, P. A.: "Consumer Evaluations of New Technology-based Self-Service Options: An Investigation of Alternative Models", International Journal of Research in Marketing, 13(1) (1996) 29-51.

**Şekil 9: Toplam Etki Modeli**



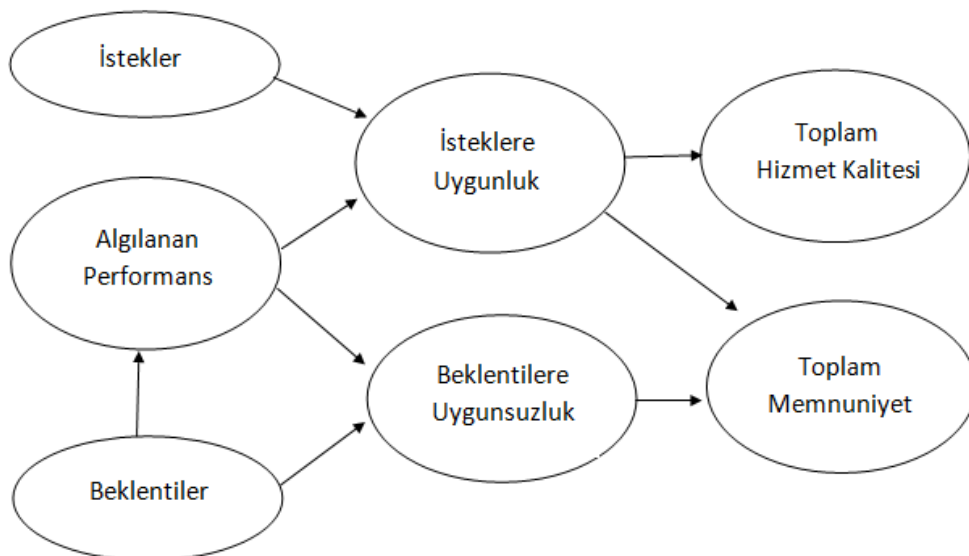
**Kaynak:** Dabholkar, P. A.: "Consumer Evaluations of New Technology-based Self-Service Options: An Investigation of Alternative Models", International Journal of Research in Marketing, 13(1) (1996) 29-51.

İlk model müşterilerin hizmetlerden beklentileri üzerine kuruludur. Model karar vermede bilişsel yaklaşımı temel almaktadır; bir diğer deyişle tüketiciler nitelikleri değerlendirirken hizmet kalitesi beklentilerini oluşturmak için teknolojiye dayanan self servis opsiyonlarını kullanabilirler. Toplam etki modeli müşterilerin teknoloji kullanımları karşısındaki hislerine dayanmaktadır. Her iki modelde beklenen hizmet kalitesi teknolojiye dayanan self servis opsiyonlarını kullanma niyetini etkileyebilir (Dabholkar, 1996: 32-37).

### 3.11. Spreng ve Mockoy – Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli

Spreng ve Mackoy'un ortaya koydukları model ise algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti yapılarını anlamaya çalışmaktadır. Yazarlara göre, hizmet kalitesi ile müşteri tatmini yapısal olarak farklı kavramlaştırılmış olmalarına rağmen, aralarındaki ayırım net bir şekilde tanımlanamamaktadır (Spreng ve Mackoy, 1996:201).

**Şekil 10: Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli**



**Kaynak:** Spreng, Richard A., and Robert D. Mackoy: "An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction", *Journal of Retailing*, 72 (2), (1996) 201-213.

Model, hem beklentilerin algılanan hizmet kalitesi ve müşteri tatmini üzerindeki etkisine ve hem de isteklere uygunluk ve beklentilere uygunsuzluğun müşteri tatmini ve hizmet kalitesine etkisi üzerinde durmaktadır. Aralarındaki etkileşim Şekil 10'da yer alan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modelinde görülmektedir.

Modelde, şekildeki ilişkilerin tümü on özellik ile ölçülmektedir (Spreng ve Mackoy, 1996);

- i. Randevunun rahatlığı,
- ii. Personelin dostça tutumu,
- iii. Yol gösterici rehberin soruları dinlemesi,
- iv. Rehberin doğru bilgi vermesi,
- v. Personelin bilgisi,
- vi. Önerinin tutarlılığı,
- vii. Rehberin uzun dönemli planlamaya yardımcı olması,
- viii. Rehberin kariyer için doğru kursları seçmeye yardımcı olması,
- ix. Rehberin özel yaşamla ilgilenmesi ve
- x. Ofislerin profesyonel görüntüsüdür.

### **3.12. Philip ve Hozlett – Hiyerarşik Sıralamaya Dayalı Model**

Philip ve Hozlett (1997) hiyerarşik sıralamaya dayanan bir model sunmuşlardır. Model üç ana özellik sınıfına dayanmaktadır: 1. Asıl Özellikler, 2. Çekirdek Özellikler, 3. Yüzeysel Özellikler.

Asıl Özellikler: Ürün ya da çıktılarla ilgili olarak tüketicilerin hizmet sisteminden temel beklentileridir.

(1) Çıktılar- müşteri hizmetten ne ister

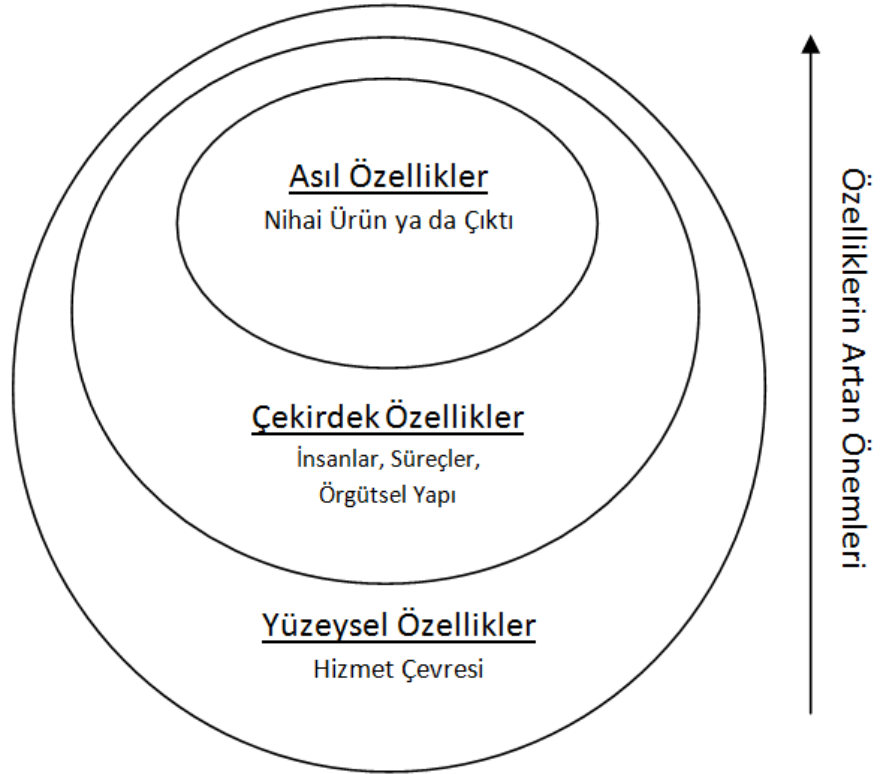
Çekirdek Özellikler: İnsanların, süreçlerin ve örgütsel yapının değerlendirilmesi

- (2) Güvenirlilik- hizmeti güvenilir ve doğru sağlayabilme
- (3) Sorumluluk- müşterilere yardım etme isteği
- (4) Güvence- personelin bilgi ve nezaketi
- (5) Empati- müşterilere bireysel ilgi gösterme koşulu

Yüzey Özellikler: Genel olarak hizmet sunum çevresini ifade etmektedir.

- (6) Somut özellikler- fiziksel özelliklerin, personelin ve malzemelerin görünüşü (O'Reilly, 2007).

**Şekil 11: Hiyerarşik Model**



**Kaynak:** Philip, G.; Hazlett, S. A.: "The Measurement of Service Quality: A New P-C-P Attributes Model", International Journal of Quality & Reliability Management, 14(3) (1997) 260-286.

Hiyerarşik olarak sıralanmış seviyeler bir hizmet organizasyonunun girdileri, süreçleri ve çıktıları olarak tanımlanabilmektedir. Asıl nitelikler, hizmetin çıktılarını işaret etmektedir. Burada nitelikler hizmete özeldir ve belirli hizmet sağlayıcılar ile etkileşimden oluşan çıktıları odaklanmaktadır. Çekirdek nitelikler, asıl niteliklerin merkezindedir ve başarılı bir hizmet sağlamada anahtar role sahiptirler. Yüzey ise dıştan gelen, rastlantıya bağlı ekstralar veya nitelikler aracılığıyla tüm hizmet sürecine dolgunluk veya bütünlük sağlamaktadır. Personelin görünümü, ekipmanın nasıl modern olduğu vb. gibi hizmetlerin görünüşünü içermektedir. Yaklaşım üç nitelik altında hizmete uygun faktörleri belirlemektedir.

### **3.13. Frost ve Kumar – İç Hizmet Kalitesi Modeli (Intservqual)**

Frost ve Kumar (2000), Parasuraman vd.(1985,1988,1991) tarafından ortaya konulan Aralık ve Servqual Modellerinin bir uyarlaması olan “İç Hizmet Kalitesi Modelini - INTServqual” sunmuşlardır. Çalışmada temas personeli “iç müşteriler”, destek personeli ise iç hizmet sağlayıcı (iç tedarikçiler) olarak tanımlanmıştır.

Frost ve Kumar iç müşterileri; ön hat personeli ve destek kadro şeklinde iki gruba ayırarak bölümlendirmiştir. Ön hat personeli, doğrudan müşteri ile ilişki kuran çalışanlardan; destek kadrosu ise bu grubun dışında kalan çalışanlardan oluşmaktadır. Yönetim ve dış müşteri boyutları, çalışmada göz ardı edilmiştir (Frost ve Kumar, 2000:364).

Çalışmada üç adet iç aralık tanımlanmıştır:

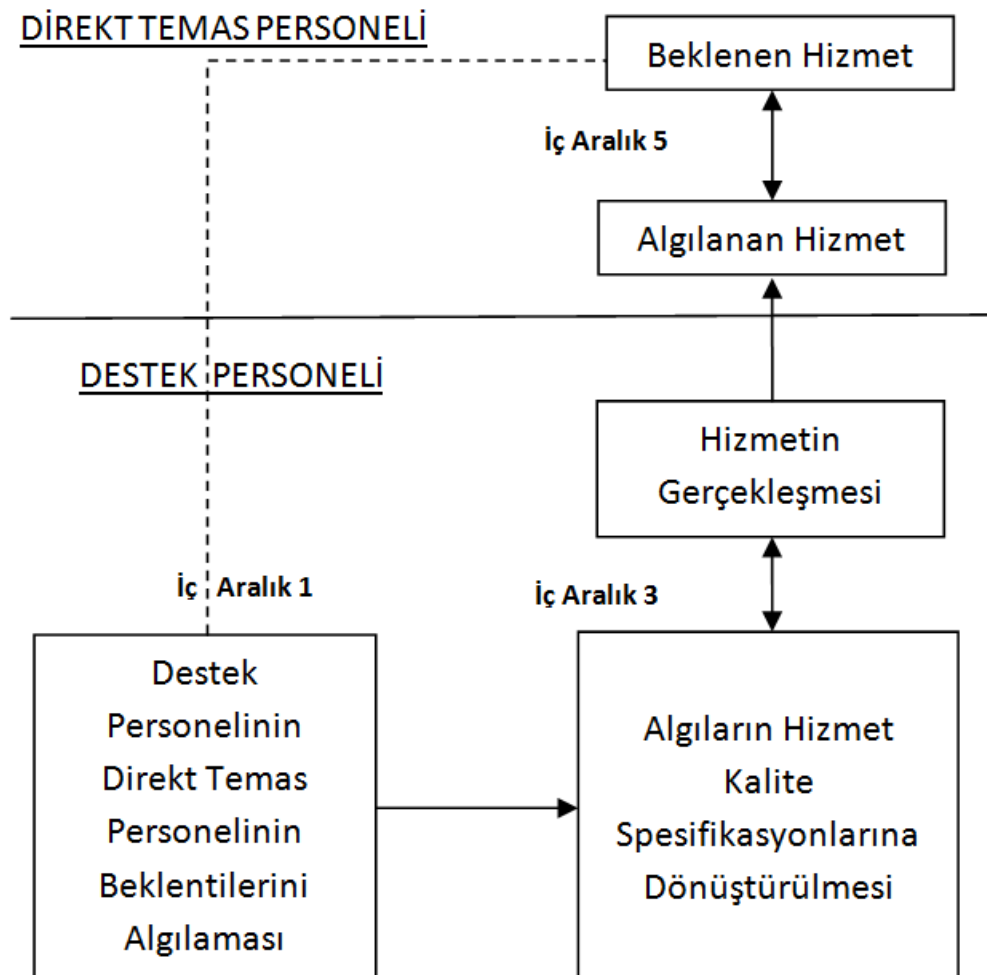
İç Aralık 1; destek personelinin (iç tedarikçi) temas personeli (iç müşteriler) beklentilerine olan algısındaki farkı incelemektedir.



İç Aralık 3; hizmet kalitesi tanımları ve verilen hizmet farkıdır. Aralık “iç hizmet performans boşluğu” olarak adlandırılmaktadır.

İç Aralık 5, temas elemanının beklentileri ile (iç müşteri) destek personelinin (iç tedarikçi) algıları arasındaki farktır. Parasuraman vd. (1985) tarafından ortaya konulan Aralık Modelinde Aralık 5, müşterilerin beklentileri ve algılarının karşılaştırıldığı ana aralıktır. Intservqual Modelinde ise İç Aralık 5, temas elemanına (iç müşterilere) odaklanmaktadır.

**Şekil 12: İç Hizmet Kalitesi Modeli**



**Kaynak:** Frost, F. A.; Kumar, M.: "INTServqual: An Internal Adaptation of the GAP Model in A Large Service Organization", *Journal of Service Marketing*, 14(5) (2000) 358-377.

### **3.14. McDougall ve Levesque – Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli**

McDougall ve Levesque (2000), Algılanan Hizmet Kalitesi adını verdikleri bir model geliştirmişlerdir. Model Algılanan Değeri içermekte ve iki boyuttan oluşmaktadır. (1) Çekirdek, taahhüt edilen ya da verilen en temel hizmet iken, (2) Yüzeysel, hizmetin veriliş şeklini ifade etmektedir. Burada Algılanan Değer maliyete karşın elde edilen değerdir.

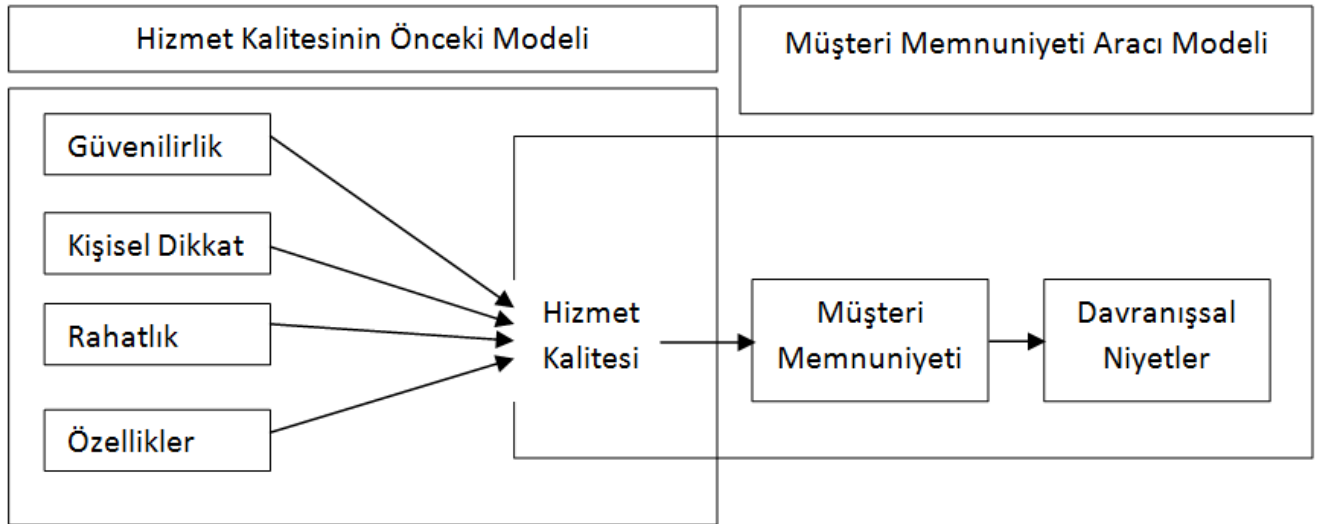
Model, Grönroos (1984) tarafından ortaya konulan teknik ve fonksiyonel hizmet kalitesi ayırımına benzeyen bir ayrımı aynı şekilde savunmaktadır. Müşteri hizmeti aldıktan sonra, hizmetin ona maliyetine karşın elde ettiği faydayla karşılaştırarak hizmetin algılanan değerini belirlemektedir.

Araştırmacılar ortaya koydukları modelle hizmetin kalitesi ve algılanan değeri, müşteri tatmini ve gelecek niyetleri arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmışlar, müşteri tatmininde hizmet kalitesi ve algılanan değer kritik olduğunu, bunlarında müşteri tatmini dolayısıyla, müşterinin satın alma davranışlarıyla ilgili gelecek kararlarında etkili olduğunu savunmuşlardır (McDougall ve Levesque,2000:393).

### **3.15. Dabholker, Shepherd, Thorpe – Öncekiler ve Aracı Modeli**

Dobholkar ve arkadaşlarının (2000) “Öncekiler ve Aracı Modeli”, hizmet kalitesiyle ilgili kavramsal konuların daha derin anlaşılmasını sağlamak için ondan öncekilerin, sonuçların ve aracılardan bir incelemesini içermektedir. Modelin incelediği kavramsal konular: hizmet kalitesinin bileşenler ve öncekiler şeklinde daha iyi anlaşıldığı faktörler ve davranışsal niyetler ve müşteri memnuniyeti ilişkisidir.

**Şekil 13: Öncekiler ve Aracı Modeli**



**Kaynak:** Dabholkar, P. A.; Shepherd, C. D.; Thorpe, D. I.: "A Comprehensive Framework for Service Quality: An Investigation of Critical Conceptual and Measurement Issues through A Longitudinal Study", Journal of Retailing, 76(2) (2000) 131-139.

### 3.16. Yang – I-S (Importance-Satisfaction) Modeli

Yang (2003) yaptığı çalışma ile I-S Modelini ortaya koymuştur. Araştırmacı, geliştirme planları yaparken sadece düşük kalite özelliklerinin dikkate alınmasının yeterli olmadığını savunmaktadır. Müşteri genellikle bir hizmetin kalitesini birçok önemli özelliğe bakarak ölçmektedir, dolayısıyla işletmeler müşterinin hizmetle ilgili önem verdikleri özelliklerde düşük tatmin düzeyindekilere ağırlık vermemeliler. Yazarın ortaya koyduğu I-S (importance-satisfaction) modelinde ürünün her bir kalite özelliği I-S matrisindeki yerini aldıktan sonra işletme, stratejilerini bu alanlara göre belirlemelidir (Chen vd.2007:2) (<http://www.bm.nsysu.edu.tw/tutorial/iylu/12th%20ICIT/06-05.pdf> son erişim: 03.12.2010).

Yukarıda sayılan tüm modelleri oluşturan bileşenler ve ölçüm araçları dikkate alınarak, yıllara göre hazırlanan Hizmet Kalitesi Modelleri tablosu aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 1: Hizmet Kalitesi Modelleri**

Yılı	Yazarlar	Model Adı	Kalitenin Bileşenleri ve Ölçüm
1984	Grönroos	Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli (İskandinav Modeli)	Teknik Kalite, Fonksiyonel Kalite ve İmaj Beklenti-Algı Farkı
1984	Kano vd.	Kano Modeli	Normal Kalite, Beklenen Kalite ve Heyecan Verici/Çekici Kalite
1985	Parasuraman, Zeithaml ve Berry	Hizmet Kalitesi Modeli	10 Hizmet Kalitesi Boyutu - 97 Maddeyle ölçülmüştür. Beklenti-Algı Farkı
1988	Parasuraman, Zeithaml ve Berry	Hizmet Kalitesi Modeli – Servqual	5 Hizmet Kalitesi Boyutu - 22 Soru ile ölçülmüştür. Beklenti-Algı Farkı
1987	Haywood-Farmer	Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli	Hizmet Kalite Boyutları: Fiziksel Olanaklar ve Süreçler; İnsanların Tutumları Profesyonel Kararlardan oluşmaktadır.
1990	Brogowicz vd.	Hizmet Kalitesi Sentez Modeli	Teknik ve Fonksiyonel Kalite ile ölçülmektedir.
1991	Lehtinen ve Lehtinen	Üç Boyutlu Hizmet Kalitesi Yaklaşımı	Dikkate alınan kalite boyutları; Fiziksel Kalite, Etkileşim Kalitesi, İşletme Kalitesi ile Süreç Kalitesi ve Çıktı Kalitesi
1992	Cronin ve Taylor	Servperf Modeli	Servqual ölçeğinde yer alan 22 Soru ile sadece Performans ölçülmektedir.
1992	Mattsson	İdeal Değer Standardına Dayalı Hizmet Kalitesi Modeli	Kalite, İdeal Standartlar ve Tecrübe Farkı ile ölçülmektedir.
1993	Teas	İdeal Standartlara Dayalı Performans Kıyaslaması Modeli	İdeal Standartlar İle Performans Arasındaki Fark ile ölçüm.
1996	Dabholker	Nitelik Esaslı Model ve Toplam Etki Modelleri	İki farklı model önermiştir.

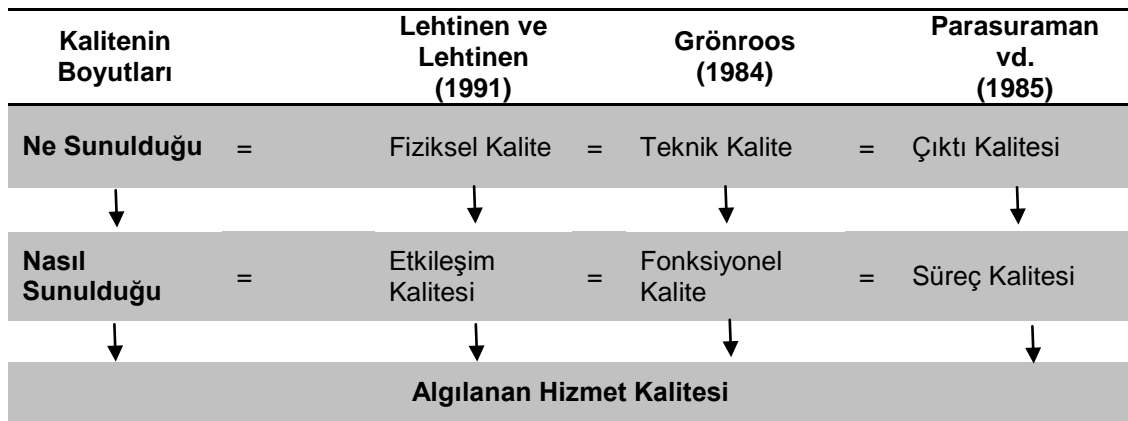
1996	Dabholkar, Thorpe, Rentz	Çok Seviyeli Model	5 Ana Boyut Altında yer alan Alt Boyutlar İle toplam 8 Boyut 28 Soruda değerlendirilmektedir. Algılanan Kalite ölçülmektedir.
1996	Spreng ve Mockoy	Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli	10 Soru ile Beklentiler-İstekler-Algılanan Performans Farkları dikkate alınmaktadır.
1997	Philip ve Hozlett	Hiyerarşik Sıralamaya Dayalı Model	Kalitenin unsurları Asıl Özellikler, Çekirdek Özellikler, Yüzeysel Özellikler şeklinde hiyerarşik olarak sıralanarak ölçülmektedir.
2000	Frost ve Kumar	İç Hizmet Kalitesi Modeli-(Intservqual)	Boşluk Modelinde 1 ve 5 Boşluklar dikkate alınmamış, sadece iç hizmet kalitesi değerlendirilmiştir. Beklenti-Algı Farkı ölçülmektedir.
2000	McDougall ve Levesque	Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	Kalite, Çekirdek Hizmetler ve Yüzeysel Hizmetler olarak ayrılmaktadır.
2000	Dabholker vd.	Öncekiler ve Aracı Modeli	Güvenirlilik, Kişisel Dikkat, Rahatlık, Özellikler
2001	Brady ve Cronin	Hiyerarşik ve Çok Boyutlu Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	Etkileşim kalitesi, fiziksel ortam kalitesi ve çıktı kalitesi
2003	Yang	I-S (İmportance-Satisfaction) Modelinde	Kalite Özelliklerine verilen önem ve tatmin dikkate alınmıştır.

Ortaya konulan modeller ve bu modellerde yer alan boyutlar değerlendirildiğinde, çalışmaların bazı temel teorik perspektifleri paylaştıkları görülmektedir. Örneğin Grönroos (1984) hizmet kalitesini, hizmetin teknik boyutu ve fonksiyonel boyutları arasındaki ayrımı ortaya koyarak ele aldığı görülürken, Parasuraman vd.'nin (1985) hizmet kalitesini, çıktı ve süreç kalitesi olarak ortaya koyduğu görülmektedir. Lehtinen ve Lehtinen (1991) ise, Grönroos (1984) ve Parasuraman vd.'nin (1985) ortaya koydukları hizmet kalitesini fiziksel ve etkileşim kalitesi olarak tanımlamaktadır.

Hizmet kalitesiyle ilgili sayılan bakış açıları bazı ortak noktalar içermektedirler. Örneğin, Lehtinen ve Lehtinen (1991) tarafından ortaya konulan ayrım Grönroos (1984) ile bazı paralellikler taşımaktadır. Fiziksel

kalite, fiziksel ürün ve çevresel faktörler ile onların araçlarından oluşan fiziksel destekleri kapsamaktadır. Dolayısıyla fiziksel kalite, teknik kalitenin bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır (Grönroos, 1984). Yine Parasuraman vd.'nin (1985) çıktısı ve süreç kalitesi ayrımı ele alındığında, çıktılar teknik kalitenin, süreçler fonksiyonel kalitenin bir parçası olarak değerlendirilebilir. Walbridge ve Delene (1993), algılanan hizmet kalitesiyle ilgili temel bakış açılarını aşağıdaki şekilde özetlemişlerdir.

**Şekil 14: Algılanan Hizmet Kalitesinin Temel Teorik Perspektifleri**



Kaynak: Walbridge and Delene, 1993, p. 8

Modellerde dikkati çeken en önemli husus, hizmet kalitesini ortaya koyan iki temel bileşen; hizmete konu olan ürünün “ne olduğu” ya da müşteriye “ne sunulduğu” ve hizmetin “nasıl sunulduğu”dur. Sunulan hizmetleri tecrübe eden müşteri ise, hizmetlerin kaliteli olup olmadığına dair bir görüş ortaya koymaktadır.

Bu noktada hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik olarak ortaya konulan çalışmaların iki grupta toplandığı görülmektedir. Birinci grupta yer alan yaklaşımlar, hizmet kalitesinin beklenti - algı farkıyla ölçülebileceğini savunurlarken ikinci grupta yer alanlar, hizmet kalitesi ölçümünde müşteri beklentilerini dikkate almanın gereksiz olduğu ve etkin olmadığı, buna karşın ölçümde müşteri algılarına yoğunlaşılması gerektiğini savunmaktadırlar.

Konuya ilişkin yapılan çeşitli araştırmalar incelendiğinde ise, yukarıda ortaya konulan iki yaklaşım çerçevesinde çoğunlukla iki modelin kullanıldığı görülmektedir. Modellerden, müşterinin algıladığı hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olan model (Servqual), daha yaygın kullanılmıştır. Hizmetin kalite performansına yönelik olan modeli (Servperf) ise daha az kullanılmıştır. Ayrıca servqual ölçeği, hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın bir şekilde kullanılmasına rağmen farklı hizmet sektörlerine uygulanmasında bir takım sakıncalar doğmakta ve bu nedenle sektörün özelliğine göre farklı ölçeklerin geliştirilmesi gerekli olmaktadır (Carman, 1990:33).

Sayılan modelleri kullanan araştırmacılar, geliştirilen ölçeklerin saha araştırmalarında kullanılarak daha fazla test edilmeleri gerektiğini ve her bir hizmet sektörü için ölçekte yer alan kriterlerin değiştirilmesinin daha uygun olacağını belirtmişlerdir.

Hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili olarak yukarıda iki grupta verilen yaklaşımların dışında başka yaklaşımlar da mevcuttur. Örneğin Cunningham ve arkadaşları; kalite ölçümünün kantitatif (Servqual) ve kalitatif (kritik olay tekniği, odak grup görüşmeleri) yaklaşımlar olmak üzere iki temel yaklaşıma göre yapılabileceğini (Cunningham vd., 2000: 123); Ruyter ve arkadaşları; ölçümde tatminin esas alınması gerektiğini, çünkü müşteri tatmininin, hizmet kalitesinin bir öncüsü olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüşler (Ruyter vd. 1997); Fisk, hizmeti değerlendirme sürecinin üç aşamadan (tüketim öncesi, tüketim esnası, tüketim sonrası) oluştuğunu belirtmiştir (Tripp ve Drea, 2002:432).

Hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin ortaya konulan tüm açıklamalardan, literatürde kalite ölçümünde hangi yaklaşımın kullanılması gerektiği konusunda bir uzlaşmanın olmadığı, sürekli yeni yaklaşımlar geliştirildiği veya önceden ileri sürülmüş yaklaşımların revize edildiği sonucu çıkarılmaktadır. Ayrıca çalışmalarda ele alınan hizmet türlerinin ve özelliklerinin de kalite ölçümünde kullanılacak yaklaşımlara etki ettiği görülmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, ÖZELLİKLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK OLARAK YAPILAN ÇALIŞMALAR

Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı hizmetlerdendir (Asunakutlu, 2005: 3). Özellikle insan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin güçlü bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Toplumların refahı arttıkça, sağlığa verilen önem de artmakta, kişiler daha fazla harcama yapmakta, ülkeler sağlık giderleri için bütçelerinden daha fazla kaynak ayırmaktadırlar (Kavuncubaşı, 2000:24).

Sağlık hizmeti sunumunda önemli yapılardan biri olan hastaneler, başta hastalar için gerekli tetkik ve tedavileri gerçekleştiren hizmet kurumları olduklarından, hastanelerde sağlık hizmetlerinin kaliteli olarak sunulması gerekmektedir (Kamçı 2003:2).

Sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri ile sağlık hizmetlerinde kalite kavramının ortaya konulacağı ikinci bölümde, sağlık hizmetleri kalitesinin boyutları ve sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar incelenecektir.



## 1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Genel hatlarıyla sağlık hizmetlerinin ele alınacağı bölümde; sağlık hizmetlerinin tanımı ve özellikleri değerlendirildikten sonra sağlık hizmeti sunucusu olan hastaneler ve hastanelerin farklı özelliklerine göre ne şekilde sınıflandırıldıkları açıklanacaktır.

### 1.1. Tanımı ve Amaçları

Hizmetler, büyük ölçüde herhangi bir meslekte uzmanlaşmış, teknik bilgi ve donanıma sahip kimseler tarafından yerine getirilen, fiziksel olarak ölçülmesi mümkün olmayan faaliyetlerdir (Cowell 1993: 20). Sağlık hizmetleri de doğrudan doğruya mesleğinde uzman donanımlı ve profesyonel kişiler tarafından verilen hizmetlerdir. Bu kapsamda sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu 1999: 2).

Litertatürde sağlık hizmetleriyle ilgili birçok tanıma rastlanmaktadır. Öztürk (2000a:142) sağlık hizmetleri kavramını “bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dâhilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda basta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara

ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır.

Hizmet pazarlaması içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, genel olarak bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, bireylerin hastalanmaları durumunda tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tamamı olarak tanımlanabileceği gibi (Sezer, 1999:10), “kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir” şeklinde de tanımlanabilmektedir (Harcar, 1991:38).

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” sağlık hizmetlerini, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise aliştirilmesi için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini; “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş, kalıcı bir sistemdir”, şeklinde tanımlamaktadır (Akar ve Özalp, 1997: 190).

Tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu nedenle; sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir. İfade edilen hedeften hareketle, sağlık hizmetlerinin amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Sözen, 1999:1-2)

- Sağlık talebinin oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Erken ölümleri önleyerek, yaşam süresini uzatabilmek,
- Psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaları mümkün olduğunca azaltmak,
- Hastalığı mümkün olduğunca azaltmak, hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak,
- Sakatlığı mümkün olduğunca azaltmak, sakat kalanların iyileştikten sonra topluma uyumlarını sağlamak,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişimi sağlamak,
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesini sağlayıp, sağlığın korunması yeteneğini oluşturmak,
- Toplum ile ilişkide yüksek bir tatmine ulaşımı sağlamak,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlayabilmek ve artırabilmektir.

## **1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Geçtiğimiz yüzyıl içerisinde özellikle batı ülkelerinde sağlık alanında yaşanan ilerlemeler, gelişmiş sağlık kuruluşlarını içeren ulusal sağlık sistemlerini yaratmıştır (Toker 1999: 12). Farklı sağlık sistemleri içinde sunulan sağlık hizmetleri; hizmetin sunulma tarzına, üretim süreçlerine, amaçlarına, kurumsal yapılarına verilen hizmetin türü ve özelliklerine göre sınıflandırılabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması konusunda ilk sınıflandırma, verilen sağlık hizmetlerinin bireylere sunulma tarzına dayanarak yapılan sınıflandırmadır.

### **1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Bireylere Sunulma Tarzına Dayanarak Yapılan Sınıflandırma**

Sağlık hizmetleri bireylere sunulma şekline göre ikiye ayrılmaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu 1994:2);

#### **a. Doğrudan Sağlık Hizmetleri:**

Sağlık ocağı, hastane gibi sağlık kuruluşlarınca kişilerin hasta olmamaları ve sağlıklarını korumaları için yapılan hizmetlerle, hasta olduklarında iyileştirilmelerine yönelik, doğrudan kişilere ve çevrelerine yapılan hizmetlerdir. Muayene, tedavi, aile planlaması ve aşı doğrudan sağlık hizmetlerindedir. Doğrudan sağlık hizmetleri, sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerdir.

#### **b. Dolaylı Sağlık Hizmetleri:**

Uzun dönemde kişilerin ve toplumun sağlığına etki eden hizmetlerdir. Eğitim hizmetleri, ekonomik kalkınma faaliyetleri, teknolojik gelişmeler, şehirleşme gibi hizmetler, dolaylı sağlık hizmetlerine örnektir.

### **1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Klasik Olarak Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri klasik olarak; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılabilir (Kavuncubaşı, 2000:35);

#### **a.Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ve düzenlemelerdir (Hayran, 1997:17). Bu hizmetler; katı atık, hava kirliliği ve

gürültü kirliliği gibi çevreye yönelik ve sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenme gibi kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:36).

### **b.Tedavi Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumlar, gününbirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grupta toplanabilir. Ayakta tedavi ya da gününbirlik tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 39). Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve yoğunluğu esas alınarak sınıflandırılabilir. Bunlar:

- Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 20; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 18).
- İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 20-21; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 18).
- Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri örnek olarak gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 18).

### **c. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesini önlemek ya da etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak için düzenlenen sağlık hizmetleridir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 19). Rehabilitasyon hizmetlerinde temel amaç fertleri hem ihtiyaç içine düşmekten korumak hem de sakat kişilerin işte, okulda, evde, toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır (Kurtulmuş, 1998: 92). Rehabilitasyon hizmetleri de bedensel kalıcı bozukluklar ve sakatlıkları düzeltmeye yönelik tıbbi rehabilitasyon ve özürli kişilerin hayata adaptasyonunu sağlamaya yönelik sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır(Kavuncubaşı, 2000:45).

### **d.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesini hedef almaktadır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef alarak; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir (Kavuncubaşı, 2000: 46).

### **1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık alanında yürütülen faaliyetler somut mallardan farklı olarak genel anlamda hizmetlerin özelliklerini taşımaktadırlar. Yürüttüğü faaliyetler ve ortaya koyduğu işlemler açısından sağlık işletmeleri birer hizmet işletmesi konumundadırlar. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, sanayi sektöründe faaliyet gösteren işletmelerden farklı olarak hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin aşağıda özet olarak yer alan özelliklerini taşımaktadır.

**Tablo 2: Hizmet Sektörü ile Sanayi Sektörü Ürünlerinin Karşılaştırılması**

SANAYİ	HİZMET
Ürün genellikle somut, elle tutulabilir.	Ürün genellikle elle tutulmaz yapıdadır.
Sahiplik genelde satış yapıldığında transfer edilebilir.	Sahiplik hakkının transferi zordur.
Ürün genellikle yeniden satılabilir.	Hizmetin yeniden satışı olanaksızdır.
Ürünlerin gösterimi mümkündür	Hizmetin satış öncesi gösterimi olamaz
Ürün depolanabilir.	Hizmet ürünleri depolanamaz.
Tüketimi üretimi izler.	Üretim ve tüketim aynı zamanda olur
Üretim, satış ve tüketim genellikle farklı yerlerde.	Üretim, tüketim ve bazen de satış aynı yerdedir.
İşletme ve müşteri arasında dolaylı iletişim mümkündür.	Çoğu zaman doğrudan iletişim gereklidir.

**Kaynak:** ARPACI T., AYHAN D.Y., BÖGE E., TUNCER D. ve ÜNER M. M., Pazarlama, Gazi Yayınları, Ankara, 1992, s.11-12.

Ancak sağlık hizmetlerinin kendine has bazı özellikleri bulunmaktadır. Bunlar içerisinde; toplumsal nitelikli oluşu, talebinin belirsiz, riskinin büyük, uzman bilgisine dayalı olması gibi özelliklerinin yanı sıra tüketicisinin sunulan hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olamama, hizmetin sağlayacağı faydayı ve kaliteyi ölçememe ve ikamesinin mümkün olmaması gibi özelliklere sahip olduğu da bilinmektedir (Turan, 2004: 8).

Sayılan farklılıklardan dolayı sağlık hizmeti sunan sağlık işletmelerinin ayırt edici bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

**Çıktının tanımlanması ve ölçümünün zorluğu;** her hastaya uygulanan sağlık hizmetinin bileşiklik göstermesi hizmetin tanımlanmasını olanaksızlaştırmakta ve çıktıların standart olmasını engellemektedir (Kiyim, 2004: 8).

1995:15). Sunulan hizmet, onu sunan kişiye göre değiştiği gibi, zaman içinde aynı kişi düzeyinde de sabit kalmaz (Sözen ve Özdevecioğlu 1994: 44–45). Sunulan hizmetin kalitesi de, buna bağlı olarak, farklılık göstermektedir (Yerebakan, 2000: 48).

**Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve değişkenliği:** Sağlık kurumları, temel fonksiyonları olan tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında, eğitim ve araştırma hizmetlerini de verebilmektedir. Verilen hizmetlerin sayısı arttıkça, karmaşıklık derecesi de artmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 54-55).

**Farklı meslek gruplarının bir arada hizmet vermesi:** Birbirinden çok farklı tıbbi hizmetler (poliklinikler, ameliyathane, acil servis, eczane vb.) yanında otelcilik hizmetleri (banyo, tuvalet, çamaşır, ütü vb.), teknik hizmetler (bakım, onarım, aydınlatma, havalandırma vb.), otomasyon, eğitim, araştırma, danışmanlık, taşımacılık ve diğer birtakım fonksiyonlar sınırlı mekânda bir arada bulunur (Yerebakan, 2000: 48).

**Acil ve ertelenemeyecek hizmetlerin verilmesi:** Sağlık hizmetlerinde talep, zevk ve tercihten ziyade, ihtiyaçtan doğmaktadır. Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemez. İhtiyaç olduğunda hemen giderilmesi gerekir, bekletilemez ve ertelenemezler (Kurtulmuş 1998: 57).

**Yüksek düzeyde uzmanlaşma ve çatışmaya dayalı otorite yapısı:** Hastalıkların oluşmasında ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması, bilim ve teknolojideki hızlı gelişme uzmanlaşma derecesini arttırmaktadır (Yerebakan, 2000: 49).

**Hizmet gelirlerinin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonlarının tümüyle denetlenebilir olmaması:** Sağlık kurumlarında hizmet miktarı doktorların iş talebine (order) göre gerçekteşmektedir. Örneğin



doktor istemeden röntgen teknisyeni film çekemez ya da laboratuvar teknisyeni kan analizi yapamaz (Kavuncubaşı, 2000: 54).

**İşlevsel bağımlılığın yüksekliği:** İşlevsel bağımlılık, bir bireyin veya birimin iş yapabilmesi için bir diğer birey ya da birimin hizmetlerine ihtiyaç duymasıdır. Bir sağlık kurumuna başvuran hastaya çok sayıda kişi ve birim hizmet verir (Kavuncubaşı, 2000: 52). Bu durum farklı birimlerin koordinasyon içinde çalışmasının önemini artırmaktadır (Yerebakan, 2000: 49).

**Verilen hizmetlerde ve yapılan işlemlerde yanlışlık ve belirsizliklere karşı tolerans düşüktür:** Sağlık hizmetleri yönetimi doğrudan insan sağlığı ve hayatı ile ilgilidir. Dolayısıyla sağlık alanında yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır (Toker, 1999:14).

**Birincil amacı kar etmek değildir:** Sağlık hizmetleri diğer tüm sektörlerden farklı olarak birinci amaç kar etmek değildir. Ancak birincil amacı kar etmek olan sağlık kuruluşları sayılarının azlığına rağmen gerek ülkemizde gerekse dünyanın diğer ülkelerinde mevcuttur (Toker, 1999:14).

**Hizmet alanın bilgi yetersizliği:** Sağlık hizmetlerinde hasta, verilecek hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımında hasta, uzman bilgisinden yararlanmaktadır ve telkine açıktırlar (Fişek, 1993: 6).

**Sağlık hizmetleri endüstrisinde tüketicilerin, pazarda sunulan hizmetleri satın almak konusunda seçenekleri kısıtlıdır:** Bunun en önemli nedeni tüketicilerin satın alma arzusunda buldukları hizmetlerin niceliği ve niteliği konusunda verecekleri kararları, çoğunluğunda, hatta hemen hemen tümünde, tamamıyla satıcılara (tıbbi otoriteye) bağımlı bulunmalarındır. Örneğin; hastanın doktor uygun görmeden hastaneye yatırılmaması veya ameliyat edilememesi gibi (Toker, 1999:15).

#### **1.4. Hastanelerin Tanımı ve Sınıfları**

Tedavi ve tıbbi bakımdan, doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi pek çok hizmeti bünyelerinde barındıran hastanelerin farklı bir bölüm olarak ele alınarak yapılarının incelenmesi, çalışmanın araştırma konusu için ayrı bir önem taşımaktadır. Ortaya konulan gerekçeyle, aşağıdaki bölümde hastane tanımları açıklandıktan sonra, hastanelerin farklı özelliklerine göre nasıl sınıflandırıldıklarına yer verilecektir.

##### **1.4.1. Hastanelerin Tanımı**

Sağlık işletmelerini, verdikleri sağlık hizmetlerinin türlerine göre yataksız ve yataklı sağlık işletmeleri biçiminde iki gruba ayırarak inceleyebiliriz (Akar ve Özalp, 1997: 43-57):

**Yataksız Sağlık İşletmeleri:** Yataksız sağlık kuruluşları, kamu sağlığı merkezleri hariç olmak üzere, 224 sayılı yasaya göre çıkarılan 144 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik" hükümlerine göre kurulan, kadrolaştırılan, görev ve çalışma usulleri, personelin yetki ve sorumlulukları saptanan kuruluşlardır. Bu kuruluşlara: sağlık evleri, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler örnek olarak verilebilir.

**Yataklı Sağlık İşletmeleri:** Sağlık merkezleri, hastaneler ve rehabilitasyon merkezleridir.

Birer yataklı sağlık işletmesi olarak hizmet veren hastaneler, sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının üretildiği kurumlardır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hastane; "hasta ve yaşlıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek

isteyenlerin, ayakta veya yatarak izleme, muayene, teşhis tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır” şeklinde tanımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır.

Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (Asunakutlu, 2005: 7). Hastanenin girdileri, maddi, mali ve beşeri kaynaklardan oluşmaktadır (Özgülbaş, 1995: 21).

Tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getiren hastaneler aynı zamanda tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüttür (Özcan, 1997: 10).

#### **1.4.2. Hastanelerin Sınıflandırılması**

Hastaneler çeşitli kriterlere göre sınıflandırılmaktadır. Bu kriterler şunlardır (Çiçek, 2002:103):

1.Mülkiyetlerine Göre: Hastaneler, mülkiyetin hangi kurum veya kuruluşa ait olduğuna veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılabilir. Kamu, özel, üniversite hastaneleri ile hayır kurumları (vakıflar) ve dernek hastaneleri bu sınıflandırmaya örnek olarak verilebilir.

2.Eğitim Statülerine Göre: Hastaneler, eğitim statüsü bakımından eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olarak ikiye ayrılırlar. Eğitim hastanesi, tanı ve tedavi hizmetleri yanında, sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetler de sağlamaktadır.

3. Hizmet Türüne Göre: Hastaneler, genel dal hastaneleri ve özel dal hastaneleri olarak iki grupta toplanmaktadırlar. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, belirli cinsiyet (kadın hastalıkları ve doğum, çocuk) veya belirli hastalık türleriyle sınırlı (kalp damar hastalıkları, onkoloji hastanesi) hizmet veren hastanelerdir.

4. Büyüklüklerine Göre: Hastane büyüklüğünü belirlemede kullanılan en yaygın ölçüt, yatak sayısıdır. Buna göre hastaneler 25, 50,100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

5. Hastaların Yatış Süresine Göre; Hastaneler, ayrıca, yatarak tedavi edilen hastaların ortalama yatış sürelerine göre, akut bakım hastaneleri ve kronik bakım hastaneleri olarak iki grupta toplanmaktadır. Akut bakım hastaneleri, genellikle 30 günden daha kısa, kronik bakım hastaneleri ise 30 günden daha fazla yatış gerektiren tedavi hizmetlerini sağlamaktadırlar.

6. Akreditasyon Durumlarına Göre: Hastaneler akredite edilme ve edilmeme durumuna göre sınıflandırılır.

7.Dikey Bütünleşme Basamağına Göre: Hastaneleri sınıflandırmada kullanılan bir diğer kriter de, dikey bütünleşme basamaklarındaki konumu veya kapsamlı sağlık hizmetleri planı içindeki yeridir. Bu kritere göre hastaneler, birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olarak üç gruba ayrılmaktadırlar (Kavuncubaşı, 2000:78).

## **2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE BOYUTLARI**

Hizmet işletmeleri için kalite sağlamaya zorlayan yüksek rekabet sağlık işletmelerinde kalite kavramının önemini arttırmıştır. Ayrıca, pek çok ülkede sağlık sektöründe maliyetlerin artması, teknolojideki hızlı gelişmeler ve artan tüketici beklentileri gibi nedenlerle kaliteli sağlık bakım hizmeti sunma kaçınılmaz bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir (Özgen, 1995: 47).

Öte yandan, hizmet kalitesi sağlık işletmelerinin başarısı için sağlık hizmeti sunucuları, pazarlamacılar ve araştırmacılar tarafından da önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir. Aşağıdaki bölümde sağlık hizmetlerinde kalite ve boyutları ele alındıktan sonra literatürdeki çalışmalar incelenecektir.

### **2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite**

#### **2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Gelişimi**

Günümüzde sağlık hizmet kalitesiyle ilgili tartışmalarda, hizmeti alanların sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularında odaklanıldığı belirtilmektedir (Özsarı 1997: 9). Hastaların hizmet kalitesiyle ilgili algılamaları, hastaların tatmin elde etmelerindeki (Varinli vd., 1999; Güllülü vd. 2000; ve Williams ve Calnan, 1991) ve hastane kârlılığındaki (Raju ve Lonial, 2002; Koska, 1990; ve Donabedian, 1996) önemli rolü nedeniyle, bir sağlık kurumunun başarısında kilit öneme sahip bir değişken özelliği taşımaktadır.

Literatürde, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının ne zaman ele alınmaya başlandığı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır (Kaya, 2005: 17). Ancak sağlık hizmeti sunumunda kalite kavramının sistematik değerlendirmesi yeni değildir (Graham, 1995: 16-17). Kalite araştırmalarındaki öncü isimlerden Codman, doktorlar ve hastane tarafından

verilen klinik bakımın hem sürecini hem de sonuçlarını inceleyerek ortaya koyduğu sistem, ACS'nin (American College of Surgeons) geliştirdiği minimum hastane standartlarına temel oluşturmuştur. Daha sonra ACS, ACP (American College of Physicians), AHA (American Hospital Association), AMA (American Medical Association) ve CMA (Canadian Medical Association) birleşerek JCAH'ı (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) kurmuştur. JCAH daha sonra 1952'de Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations- JCAHO ismini almıştır (Kaya, 2005: 18–19).

Sağlık hizmeti sunumunda kalite kavramındaki gelişmelere paralel olarak, sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarına 1980'li yıllardan itibaren başlanmıştır. Bu yıllardan itibaren, hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır (Press, 2002:88).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde kalite kavramının ulusal düzeyde ele alınması, Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılından itibaren sağlık kurumlarında başlattığı kalite çalışmaları ile gerçekleşmiştir. Bakanlık, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik olarak hazırladığı 354 standarttan oluşan Hizmet Kalite Standartları (HKS) setini bu tarihten itibaren kamu hastanelerinde uygulamakta ve değerlendirmektedir.

### **2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tanımlanması**

Aşağıda sağlık hizmetlerinde kalite kavramı konusunda literatürde sıklıkla rastlanan tanımlar açıklanmaktadır:

Donabedian kaliteli sağlık hizmetini, hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması şeklinde ifade etmektedir (Donabedian, 1980: 5-6).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti; “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır. ABD Tıp Enstitüsü tarafından 1990’da ifade edilen tanıma göre ise, sağlık hizmetlerinin kalitesi, “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sorunlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesidir” (Kaya, 2005: 14-15).

Çoruh’a göre sağlıkta kalite, doğru tanının gecikmeden konulmasıdır. Burada etkili olan faktörler de tanıyı koyacak sağlık personelinin eğitimi, yardımcı dalların, doğru neticeyi kısa sürede en ucuza üretmeleri, verileri doğru yorumlamaları ve hizmetin karşılığını ödeyen kurumların bekleneni aldığını doğrulamasıdır (Çoruh, 1994: 33).

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hâkim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (McGlynn, 1997: 7).

Her ne kadar farklı paydaşlar için farklı anlamlar içersede, sağlık hizmetlerinde kalitenin, hasta beklentilerini karşılması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetler açısından uzun süreli bir memnuniyet yaratması beklenmektedir. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar az olduğundan, hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Dolayısıyla sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilecektir (Kavuncubaşı, Esatoğlu, 1998: 270). Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, beklentilerinin karşılması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir (Kavuncubaşı, 2000:270).

Sağlık hizmetlerindeki kalite, hastalarla hizmet verenler arasındaki iyi yönlü psikolojik ve sosyal ilişkiler ile yatak çarşaflarının temiz, verilen yemeklerin iştah açıcı olması, bekleme salonlarının sıkıcı olmaması ve yatak odalarında telefon bulunması gibi detayları içermektedir (Gedikli, 1998;58). Ancak kalitenin ortaya konulan bu detayları, bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları gibi faktörlerden etkilenmekte, algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir (Kavuncubaşı, 2000; 271).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramıyla ilgili olarak ortaya konulabilecek son değerlendirme ise, hastaların hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin salt kendi tercihlerinde değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı şeklindedir. Hastaların hastane seçimlerinde, arkadaş ve yakınlarının tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı araştırmalarda saptanmıştır (Pres, 2002:88).

### **2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları**

Sağlık hizmetlerinde kalitenin hangi bileşenlerden bir diğer deyişle hangi boyutlardan oluştuğunun ortaya konulması, kalitenin daha net olarak ifade edilmesinde yardımcı olmaktadır. Örneğin Donedebian (1980), sağlık hizmetlerindeki kalite ölçümüyle ilgili çalışmasında; kalitenin üç boyutundan bahsetmektedir. Boyutlardan ilki; kalitenin teknik boyutudur. Teknik boyut; tıbbî bilim ve bilginin bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir. Sözelimi, bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanması ya da bir laboratuvar teknisyeninin testleri yapmadaki etkinliği ve bunların ölçümü teknik kalite kapsamında değerlendirilebilir (Devebakan, 2005:22). Kalitenin ikinci boyutu, kişilerarası ilişkiler boyutudur ve sağlık personelinin hizmet sunumundaki hevesli (resposiveness), dikkatli (attentiveness) ve dostça (friendliness) davranması anlamına gelmektedir. Son boyutu ise, hizmetin verildiği tesisin konforudur ve



hastane ortamında sunulan imkânlar ve bu imkânların rahatlığı gibi özellikleri içermektedir. (Turner ve Pol, 1995: 45–46).

Sasser, Olsen ve Wkckoff (1978), hizmet kalite boyutları olarak personel düzeyi, tesisler düzeyi ve materyal düzeyi olmak üzere üç boyut tanımlamışlardır. Lehtinen (1991), hizmet kalitesini, fiziksel kalite, işletme kalitesi ve etkileşim kalitesi olarak tanımlamıştır. Bir diğer çalışmada, hizmet kalitesi ile ilgili faktörler altı grupta toplanmıştır (Woodside, Frey ve Daly, 1989). Bunlar; hasta kabul, fatura ödeme, hemşirelik hizmetleri, yiyecek hizmetleri, oda hizmetleri ve teknik hizmetlerdir.

Parasuraman 1985 ve 1988 yıllarındaki hizmet kalitesi çalışmalarından sonra, özellikle hastanelerde hizmet kalitesi boyutları ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Cunningham tarafından 1991 yılında yapılan çalışmada; hastanelerde hizmet kalitesi üç boyut altında incelenmiştir. Bunlar; klinik kalite, hasta temelli kalite ve ekonomik temelli kalitedir (Rose, Uli, Abdul ve Looi Ng: 2004: 148).

1995 yılında Tomes ve Peng Ng'nin çalışmasında ise, hizmet kalitesi boyutları, empati, maliyet, hastayı anlama, saygıya dayalı ilişkiler, dini ihtiyaçlar, yemek servisi, doktor çevresi ve itibar olarak sekiz faktörde incelemiştir (Tomes ve Peng Ng 1995: 31).

2000 yılında Carman'ın hastanelerdeki hizmet kalitesi boyutlarının 1984 yılındaki Grönroos'un yaptığı çalışmaya yakın boyutlar içerdiği görülmektedir. Hatırlanacağı üzere Grönroos, hizmet kalitesini, teknik ve fonksiyonel kalite olarak iki başlık altında incelemiştir (Edvardsson, 1998: 144, Kang ve James, 2004: 266). Carman (2000) ise, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı çalışmasında, hastanelerdeki hizmet kalitesini iki boyutta incelemiştir. Bunlar, teknik boyut ve konaklama boyutudur. Teknik boyut, hemşire ve doktorluk hizmetlerini kapsamaktadır. Konaklama boyutu

ise yönetsel boyutu olup; yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik ve hastanenin park alanı gibi faktörleri kapsamaktadır (Carman 2000: 347).

Ovretveit'e göre sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır. Bunlar: müşteri kalitesi, profesyonel kalite, yönetim kalitesidir (Ovretveit, 1998: 4, 162-164, Kaya, 2005: 13-14). Kaliteyi tanımlamada altı boyuttan bahseden Maxwell'e göre ise kaliteyi oluşturan boyutlar şunlardır (Maxwell, 1992: 172): etkililik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişilebilirlik, hakkaniyet, uygunluk. Bir başka çalışmada ise, hizmet kalitesi dört boyutta incelenmiştir. Bunlar; hizmet ortamında sunulan imkânlar, standartlara uygunluk, zamanlılık ve insan faktörü ve davranışsal özellikleridir (Oswald ve diğerleri, 1998, 20). Choi ve diğerleri de (2004) yaptıkları çalışmalarında, poliklinik hizmetlerini dört faktör altında toplamıştır. Bunlar; poliklinik hizmet sürecinin kolaylığı, doktorlar dışındaki personel, doktorlar ve gözle görülür imkânlardır.

Yukarıda sayılan çalışmalardan farklı olarak, Reidenbach ve Sandifer (1990) yaptıkları araştırmada; poliklinik, acil ve yatan hastaların hizmet kalitesi algılamalarını etkileyen bileşenlerin farklılaştığını bulmuşlardır. Hasta değerlendirme sürecinin karmaşıklığı arttıkça, boyutların sayısı da artmıştır. Değerlendirme süreci, poliklinik hastaları için nispeten kolay iken, aynı süreç, acil hastaları ve yatan hastalar için giderek zorlaşmaktadır.

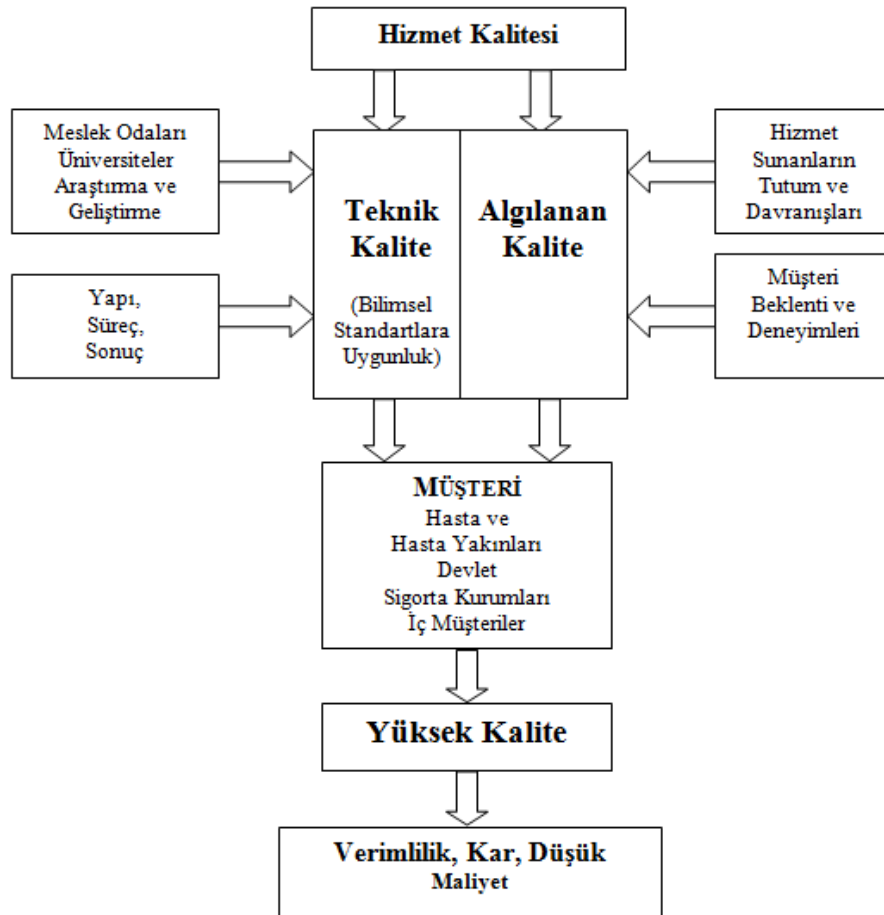
Walters ve Jones'ın 2001 yılında yaptıkları çalışmada; güvenlik, performans, ekonomi, güvenilirlik, estetik ve rahatlık; (Walters ve Jones, 2001: 325) Hasin ve arkadaşlarının 2001'de yaptıkları çalışmada ise, iletişim, maliyet, nezaket, yetkinlik ve temizlik faktörleri hastane hizmet kalitesi için önemli faktörler olarak ortaya konulmuştur. (Hasin, Seeluangsawat ve Shareef, 2001: 6).

Varinli vd.'ne (2001) göre, hastaların önem verdikleri hizmet özelliklerin başında "doktora güven" gelmektedir. Diğer önemli özellikler ise

sırasıyla; “tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması”, “hastanın doktora güven duyması”, tuvaletin temizliği”, “doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülü olması”, “hastaya uygulanacak tedavinin detaylı bir şekilde açıklanması” ve “odanın temizliği”dir.

Yağcı ve Duman (2006) tarafından poliklinik hizmeti alan hastalarla yapılan çalışmada ise, hastaların hizmet kalitesi algıları; muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması-tetkik hizmetleri ve genel görünümünden oluşmaktadır.

**Şekil 15: Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri**



**Kaynak:** Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara:Siyasal Kitabevi, 2000, s.271.

Sağlık sektöründe kullanılan hizmet kalitesi boyutları genellikle fiziksel olanaklar, kaynaklar, kabul, işten çıkarma, maliyet, güven, giriş, empati, güvenilirlik, sorumluluk, yiyecek, süreklilik olmuştur (Clemes ve diğ.,2001).

Yukarıda açıklanan farklı boyutlardan da görüleceği üzere, kalitenin belirleyicisi, hizmetlerin “ne” olduğu bir diğer deyişle hizmetin içeriği ve hizmetlerin “nasıl” sunulduğu şeklindedir. Teknik kalite ve algılanan kalite olarak da ayrıştırılan boyutlar temelinde, yapılan çalışmalarda ortaya çıkan en önemli sonuç; sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi belirleyicisinin büyük ölçüde insan faktörü olduğudur. Bunlar; doktorlar, hemşireler, destek hizmetleri veren diğer personel (hasta kabul, kayıt vb.), hastaların hizmet kalitesi algılamaları, sağlık hizmetinin sunumunda rol alan personelin bilgi, beceri vb. özelliklerine dayanmaktadır.

Sağlık hizmetleri kalitesinin belirleyici boyutları temelinde, literatürde birçok araştırma yapılmış, sağlık hizmeti sunan işletmelerde kalitenin yukarıda yer verilen boyutları çerçevesinde önemli çalışmalar ortaya konulmuştur.

## **2.2. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Ölçümü İçin Yapılan Çalışmalar**

Hizmet kalitesinin ölçülmesi ile ilgili birçok yöntem vardır. Bu yöntemlerle sağlık hizmetleri kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak yapılmış araştırmalar mevcuttur. Servqual yöntemiyle Carman'ın (1990) hastanelerde ve diş kliniklerinde, Babakuş ve Mongold'un (1992), Headley ve Miller'in (1993) tıbbi hizmetlerde, Bowers ve diğerlerinin (1994) askeri hastanelerde, Lytle ve Mokwa'nın (1992) sağlık bakım hizmetlerinde, Fusilier ve Simpson'ın (1995) AIDS'li hastalarda, Bebko ve Garg'ın (1995) hemşirelik hizmetlerinde yaptıkları çalışmalar örnek olarak sayılabilir. Sayılan çalışmaların yanı sıra diğer bir ölçüm tekniği olan Kritik Olaylar Yöntemi ile Nyquist ve Booms

(1987)'ün hemşire hizmetlerinde yaptıkları araştırma da örnek olarak verilebilir (Bernd, 1993:428).

Günümüzde yoğun rekabetin yaşandığı sağlık bakım çevresinin varlığı, bir hastanenin diğer sağlık kurumlarıyla kıyaslanmasına ve bu da hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti gibi kavramların çok daha önemli hale gelmesine yol açmaktadır (Paula, Long ve Wiener,2002: 29–30).

Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde, sağlık işletmesi müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede Servqual ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Babakus ve Mangold 1992; Anderson ve Zwellling 1996;; Anderson 1995; Lim ve Tang 2000; Lam, 1997; Conway ve Willcocks 1997; Mangold ve Babakus 1990; Headley ve Miller 1993; Mowen vd.,1993; Reidenbach ve Sandifer-Smallwood 1990; McAlexander ve Kaldenberg 1994; Lin, Sudha ve Laditka 2004).

Babakus ve Mangold'a göre (1992: 767–786) Servqual Modeli her ne kadar fonksiyonel kaliteyi ölçme amacına yönelik olarak geliştirilmiş olsa bile, sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalite, doğru tanılar ve prosedürler olmaksızın ortaya konulamayacaktır. Araştırmacılar hizmet işletmelerinin uzun dönemli bir başarı için, hem fonksiyonel kaliteyi, hem de teknik kaliteyi verimli bir şekilde organize etmesi gerektiğini önermektedirler.

Mowen, Licata ve McPhail (1993) sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi boyutlarının, hastaların algısı üzerinde çok fazla etkisi olduğu görüşünün duruma bağlı olduğunu öne sürmektedirler. Bu nedenle araştırmacılar, Servqual Modeli kullanarak bir sağlık işletmesinin acil odasında bekleyen hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki değerlendirmelerini incelemişlerdir (Mowen vd. 1993: 26–34). Söz konusu araştırma için hastanenin acil odasında bekleyen hastalarla ilgili deneysel bir desen oluşturulmuş, hastalar iki gruba ayrılmıştır. Birinci gruba doktoru ne kadar

bekleyecekleri söylenmiş, diğer gruba ise herhangi bir açıklama yapılmamıştır. Daha sonra Servqual Modeli kullanılarak, posta yoluyla hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki algılarının sorulduğu araştırma sonuçları; ne kadar bekleyeceği söylenen ve bekleme süresi hakkında gerçekçi bilgi aldığına inanan hastaların tatmin düzeylerinin ve hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan aynı araştırmada güven (assurance) kalite boyutu, acil servis hastaları tarafından en fazla önem verilen hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

Headley ve Miller (1993) Servqual Modelini tıbbi bakım hizmetlerine adapte ederek geçerliğini, güvenilirliğini ve boyutlarını test etmişlerdir. Söz konusu araştırmada ayrıca algılanan hizmet kalitesi ile hastanın gelecekte şikâyet etme, sağlık işletmesini övme, aynı işletmeyi tekrar tercih etme ve hizmet sağlayanlarını değiştirme niyetleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçları, Servqual Modelinin klinik ortamlara güvenilir olarak uyarlanabileceğini göstermiştir. Söz konusu araştırmada hastanın gelecekte şikâyet etme, sağlık işletmesini övme, tekrar aynı işletmeyi tercih etme ve hizmet sağlayanları değiştirme niyetlerini en çok etkileyen boyutların “güvenilirlik” ve “empati” boyutları olduğu tespit edilmiştir.

McAlexander ve Kaldenberg (1994) tarafından Servqual Modeli kullanılarak yapılan başka bir araştırmada, diş hastalarının sağlık işletmesinin toplam hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerinin, hizmet sunanların performansından büyük ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir.

Anderson (1995) tarafından yapılan bir araştırmada sağlık işletmelerine adapte edilmiş Servqual ölçeği kullanılarak, Houston Üniversitesi Sağlık Kliniği'nin hizmet kalitesi ölçülmüş ve araştırma sonuçları doğrultusunda kliniğin strateji planları yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu araştırmanın en önemli sonuçlarından birisi, hizmet kalitesi algıları göz önünde bulundurularak yapılan kliniğin bütçe dağılım kararlarıdır. Anderson'a

göre, sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, hasta tatmini ve işletmenin gelirine olan katkısı açısından önemlidir.

Anne E. Tomes ve Stephen Chee Peng Ng 1995 yılında Ulusal Sağlık Sistemlerinde verilen hizmetin kalitesini değerlendirmek için bir ölçüm aracı oluşturmak ve hastanelerden sağlanan hizmetten oluşan hasta algılarının altında yatan ana yapıyı belirlemek için bir çalışma yürütmüşlerdir. Ortaya konulan amacı sağlamak için 25 hasta, 5 hastane yöneticisi, 7 hemşire ve 8 doktor ile görüşmelerin sonucunda sekiz boyut meydana çıkmıştır. Bunların altısı fiziksel olmayan özellikler ikisi fiziksel özelliklerle ilgilidir. Boyutlar empati/anlayış, sağlık personeli ve hastalar arasındaki ilişki, iletişimler, güvenilirlik, nezaket, itibar, yiyecek ve fiziksel çevredir. Parasuraman vd. ve Youssef vd. tarafından hazırlanan 22 maddelik anketler kullanılmıştır. Beklenti anketi hastalara hastaneler ve çalışanlarının neler yapması ve sağlamasını istedikleri sorulmuştur. Aynı sorulara dayanarak algı anketi, yedili Likert Ölçeği yanıtlama formatında oluşturulmuş ve bütün sorular pozitif şekilde sunulmuştur (Tomes ve Ng,1995).

Servqual Modeli ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili yazın incelendiğinde, ölçeğin sadece sağlık işletmelerinin genel hizmet kalitesini belirlemede kullanılmadığı, bunun yanında sağlık işletmesinin farklı kliniklerinin sağladığı hizmetin kalitesinin ölçülmesinde de kullanıldığı görülmektedir. Örneğin Anderson ve Zwellling (1996) tarafından yapılan bir araştırmada (Anderson ve Zwellling 1996: 9–22), Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilen Servqual ölçeği kullanılarak, Texas Üniversitesi M.D. Anderson Kanser Merkezi'ne bağlı dört kliniğin hizmet kalitesi ölçülmüştür. Araştırmacılar çalışmalarının amacını; hastaların algılarına göre kanser merkezinin farklı kliniklerinin hizmet kalitesini belirlemek ve bu sayede hangi alanlarda gelişmeye ihtiyaç olduğunu saptamak olarak belirlemişlerdir. Söz konusu çalışmada ayrıca hizmet sunumu sırasında yaşanan problemlerin hangilerinin genel nitelikte olduğu, hangilerinin kliniklere özgü olduğunun belirlenmesi de amaçlanmıştır.

Lam (1997) tarafından 22 maddelik ve beşli Likert tipi Servqual Modeli kullanılarak, Hong Kong'daki hastaların sağlık hizmet kalitesine yönelik algılarının ölçüldüğü araştırma bulguları, Servqual Modelinin sağlık bakım kalitesini ölçmede güvenilir olduğunu göstermiştir. Buna karşın, Parasuraman ve arkadaşları tarafından öne sürülen beş hizmet kalitesi boyutu, araştırmada ortaya konulamamıştır (Lam 1997: 145–152).

David Camilleri ve Mark O'Callaghan'ın (1998) çalışmasında Malta'daki özel ve kamu hastaneleri hizmet kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Hizmet kalitesini ölçmek için Servqual kullanılmış, hastane bakım hizmetlerini tanımlamak için de Donabedian'ın yaklaşımı kullanılmıştır. Daha önce her iki yaklaşım hizmet kalitesini ölçmek için kullanılmıştır. Burada birbiriyle ilişkili ve birbirinden bağımsız organizasyonların karşılaştırması yapılmaktadır. Çalışmada Servqual'ın iki rolü bulunmaktadır. Bunlar; gerçek hizmet kalitesini ölçmek ve özel ve kamu sektörleri için beklentilerin karşılaştırılmasında kontrol görevi görmektir.

J. O'Connor ve diğ. 2000 yılında yürüttükleri araştırmada, doktorlar, sağlık yöneticileri, hastalarla ilgili çalışanlar, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin hasta beklentilerini nasıl algıladıklarını belirlemeye çalışmışlardır. Çalışmada aralık modelindeki birinci aralığa odaklanılmıştır. Örneklem seçilmiş ve öncelikli olarak veriler toplanmıştır. Anket oluşturulmuş ve anketler hastalara, doktorlara, yöneticilere, hastalarla ilişkili çalışanlara, tıp öğrencilerine ve hemşirelik öğrencilerine yanıtlamaları için gönderilmiştir. Altı grubun hepsi de "güvenirlilik" boyutuna en yüksek değeri atamışlardır. Bunu güvence, tepkisellik, empati ve fiziksel özellikler izlemektedir. Tek bir istisna tıp/hemşirelik öğrencileri arasında görülmektedir. Güvenceye, güvenirlikten daha çok değer vermişlerdir. Sağlık yöneticileri hasta beklentilerini, doktorlar, tıp ve hemşirelik öğrencilerine göre daha doğru tahmin etmektedirler.

Carman (2000), hastane hizmetlerinde hastaların kalite değerlendirmelerinde kullandıkları özelliklerin önemi hakkında yaptığı ampirik



çalışmada, hizmet kalitesi olgusunu bir tutum olarak öngörmüştür. Carman, Grönroos'un (1990) tanımından yola çıkarak hizmet kalitesinin işlevsel ve teknik özellikler olmak üzere iki tür özellikten oluştuğunu iddia ederek, bunların hizmet kalitesi değerlendirmesindeki ağırlığını ve varsa etkileşimlerini araştırmıştır.

Carman (2000), yaptığı araştırmada altı boyuttan oluşan bir ölçek kullanmıştır. Bulgular, hastaların hizmet kalitesi algılamasında teknik özelliklerin, işlevsel özelliklerden daha önemli olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra, teknik özelliklerin işlevsel özelliklerden etkilenmedikleri de ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla bir hastanede hizmetin sunulmuş biçiminin hastaların teknik özellikler hakkındaki görüşlerini etkilemediği görülmüştür. Araştırmanın en ilginç bulgularından biri de, teknik özellik olarak hastanede sunulan hemşirelik hizmetlerinin, diğer teknik hizmetlere göre daha önemli olduğudur. Hemşirelik hizmetlerinin, hastalar tarafından hekimlik hizmetlerinden daha önemli olarak algılandığı belirlenmiştir. Ancak, her iki hizmet boyutu arasında bir etkileşim olduğu da görülmüştür. Diğer bir deyişle, hastalar hekim ve hemşirelerin kendileri açısından olumlu tedavi gerçekleşmesi için daha uyumlu çalışmaları gerektiği şeklinde bir beklenti içindedirler.

Lim ve Tang (2000) tarafından Singapur'daki hastanelerin algılanan hizmet kalitesinin ölçüldüğü bir araştırmada, hastanelerin Servqual ölçeğini oluşturan kalite boyutlarının hiç birisinde hasta beklentilerini karşılamadığı tespit edilmiştir (Lim ve Tang 2000: 290–299). Araştırmacılar; hastalar tarafından önemli olduğu düşünülen hizmet karakteristiklerinin tanımlanmasında Servqual ölçeğinin hastane yönetimine yardımcı olabileceğini öne sürmektedirler. Söz konusu araştırmada Servqual ölçeğini oluşturan kalite boyutlarına ait Servqual skorlarının tümü negatif çıkmasına karşın, ölçek sayesinde Singapur hastanelerinin hasta beklentilerini karşılamaya yakın oldukları ve karşılayamadıkları alanlar tespit edilmiştir. Öte yandan “heveslilik” ve “güven” boyutları kalite skoru en düşük olan iki boyut olarak saptanırken, hastaların en önemli bulduğu kalite boyutunun “güven”

olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacılara göre bu sonuçlar göz önüne alınıp, kaynak dağılım kararları yeniden gözden geçirilmelidir.

Xiangnan Lu ve Manlu Liu (2000) Çin sağlık sistemine yönelik olarak yaptıkları çalışmada, Servqual ölçeğinin Çin hastanelerine adapte edilmesini amaçlamışlardır. Araştırma on Çin hastanesinde yürütülmüş ve hizmet kalitesinin ölçülmesi için Servqual kullanılmıştır. Servqual ölçeği düzenlenerek kullanılmış ölçekte yer alan beş boyuta (fiziksel özellikler, güvenilirlik, güvence, sorumluluk ve empati) ek olarak teknik kalite ve ilaç kalitesi yönetimi boyutları da eklenmiştir. Bunun nedeni olarak, Servqual'ın beş boyutunun sağlık hizmeti kalitesini ölçmede yeterli olmadığı belirtilmiştir. Bazı ifadeler Çin hastanelerine uygun olmadığı için silinmiş, yeni ifadeler eklenmiştir. Böylelikle her biri 39 ifadeden oluşan beklenti/algı bölümleri oluşturulmuştur. Çalışmada yedili Likert ölçeği yerine beşli Likert ölçeği kullanılmıştır (Lu ve Liu,2000).

Lesley White ve Mark Galbraith'in (2000) çalışması hastalar yerine doktorlar, klinisyen, hemşireler, yöneticiler ve hasta odaklı organizasyonlarda çalışan planlamacılara uygulanmıştır. Katılımcılarla görüşmeler yapılmış ve anket uygulanmıştır. Çalışmada beş boyutun biri olan empati ve güvence yeterlik boyutu altında gösterilmiş, güvenlik boyutu ise katılımcılar tarafından mahremiyet boyutu altında adlandırılmıştır (White ve Galbraith,2000).

Syed Saad Andaleeb (2000), Bangladeş'in devlet ve özel hastanelerinin hizmet kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bir çalışma yürütmüştür. Bangladeş'in sağlık sistemi ve kültürüne bağlı olarak hizmet boyutları; tepkisellik, güvence, iletişim, disiplin ve bahşış alınmıştır. Anketler son 12 ayda bölgedeki 57 hastane ve klinikte hizmet görmüş 207 kişiye uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre her iki tür hastanedeki hastaların hizmetten çok memnun olmadıkları sonucu çıkmıştır. Bahşış ve güvence faktörlerinde her iki hastane tipi arasında farklılık görülmemiştir. Tepkisellikte, özel hastanelerin daha yüksek tepkiselliğe sahip oldukları sonucuna

varılmıştır. Yine iletişim ve disiplin boyutlarında özel hastaneler devlet hastanelerine göre daha iyi çıkmıştır (Andaleeb, 2000).

Clemes ve diğ.'nin 2001 yılında Yeni Zelanda hastanelerinde yürüttükleri çalışmalarının amacı; sağlık sektöründe, hizmet kalitesi boyutlarının belirlenmesi ve hastalar tarafından algılanan boyutların göreceli öneminin tayin edilmesidir. Sayılan amaçlara ek olarak, farklı özelliklere sahip hastaların hizmet kalitesi boyutlarına farklı önem verip vermediğinin bulunması da çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır. Çalışmada iki bölümden oluşan anket hazırlanmıştır. İlk bölüm 12 hizmet kalitesi boyutunu gruplayan 31 maddeden oluşmakta, anketin ikinci kısmı ise hasta özellikleri ile ilgili maddelerden oluşmaktaydı. Maddeler, Kotler ve diğ. (1998)'e dayanarak coğrafi, demografik ve davranışsal bölümlere özellikleriydi. Sonuç olarak, faktör analizine göre 31 maddeden 10 hizmet kalitesi boyutu çıkmıştır. Bunlar güvenilirlik, somut varlıklar, güven, empati, yiyecek, giriş, çıktı, kabul, isten çıkarma, tepkisellik. Çalışmadaki yedi boyut (güvenirlik, somut varlıklar, yiyecek, giriş, çıktı, kabul, isten çıkarma) içerik olarak Parasuraman ve diğerleri tarafından tanımlanandan farklıdır. Bununla birlikte; güven, empati ve tepkisellik onlarınki ile aynıdır. (Clemes ve diğ.,2001).

Lin, Sudha ve Laditka (2004) sağlık işletmelerinde hizmet sağlayanların, hizmet kalitesini anlamaları ve geliştirmelerine yardımcı olacak kavramsal bir çerçeveye (hizmet kalitesi izleme sistemi) sunmak için yayınladıkları makalelerinde, tıpkı Parasuraman ve arkadaşlarının kavramsal hizmet kalitesi modelinde olduğu gibi bir takım boşluklar (gap) ve boşluklar arasındaki farkın ölçülmesi üzerinde durmuşlardır. Çalışma 2003 yılında ayakta tedavi gören 4 grup uygulaması yapan ve 13 bireysel uygulama yapan klinikteki hastalara uygulanmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birincisi algılanan hizmet kalitesi boyutlarını ölçen Servqual bölümü, ikinci bölüm potansiyel hasta bağlılığını ölçen bölümdür. Üçüncü bölüm ise demografik özelliklerle ilgilidir. Burada Servqual'ın sadece algı bölümü alınmış, beklenti bölümü uygulanmamıştır (Lin vd. 2004: 437–445).

Juwaheer ve Kassean'ın (2006), bir Afrika ülkesi olan Mauritius'da devlet hastanelerinde yaptıkları çalışma alanında yapılan güncel çalışmalardandır. Her ne kadar Parasuraman vd.'nin 1985 yılında hizmet kalitesi alanında geliştirdikleri Servqual Modeli birçok sektöre uygulanabilir olsa da Camilleri ve O'Callaghan (1998) sağlık sektörü için ayrı bir teorik çerçeve çizilmesi gerektiğini tartışmışlardır. Donabedian'ın (1980) sağlık sektörü için ortaya koyduğu çalışma, bu konuda önemli bir altyapı oluşturmuştur. Juwaheer ve Kassean tarafından 2006 yılında ortaya konulan ve Healthqual olarak adlandırılan çalışma, Parasuraman (1985) ve Donabedian'ın (1980) çalışmaları kullanılarak şekillenmiştir. Model altı ana başlık içermektedir: (1) Kabul Süreci (2) Sağlık Çalışanlarının (doktorlar) Nitelikleri (3) Hemşirelerin Nitelikleri (4) Hastane Çevresi (5) Hastalara Sağlanan Konfor ve Olanaklar (6) Taburcu Planlaması ve Koordinasyonu. Araştırmacılar ortaya koydukları 61 soruluk anket setini Mauritius'da yer alan 5 hastanede toplam 410 hastaya uygulamışlar, 300 adet kullanılabilir anketi değerlendirmişlerdir (Juwaheer ve Kassean; 2006, 95-96).

Sağlık hizmetleri kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, öne çıkan bazıları aşağıda verilmiştir. Örneğin Shemwell ve Yavas (1999), yaptıkları araştırmada bir hizmet kalitesi modeli geliştirmiş ve test etmişlerdir. Geliştirdikleri model, hizmet kalitesi ölçümü için önceden geliştirilmiş modellerin aksine sadece hastane hizmet kalitesi ölçümünde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Bilindiği gibi, Servqual (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988) ve Servperf (Cronin ve Taylor, 1992) hizmet kalitesini değişik hizmet alanlarında ölçmek için geliştirilen ölçeklerdir. Shemwell ve Yavas, bu ölçeklerin hastane ortamına uyarlanamadıklarını ve dolayısıyla yapı geçerliliklerinin (construct validity) düşük olduğunu iddia etmektedirler. Shemwell ve Yavas'ın araştırmaları için geliştirdikleri ölçekte 14 ifade yer almakta ve ifadelerden 5 tanesi hizmetin arama (search), 4 tanesi güven (credence) ve 5 tanesi de deneyim (experience) niteliği ile ilgilidir. Doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi (structural equation modelling) yöntemleri

kullanılan araştırmada hizmet kalitesini, yukarıda belirtilen arama, güven ve deneyim boyutlarının belirlediği görölmüştür.

Ülkemizde hastane hizmet kalitesi üzerine yapılmış çalışmalardan bir tanesi de, Erciyes Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde hastalara yönelik yapılan çalışmadır (Varinli, İlkay ve Erdem, 2001:105). Çalışmada, Varinli vd.'ne (2001) göre hastaların önem verdiği hizmet özelliklerin başında "doktora güven" gelmektedir. Diğer önemli özellikler ise sırasıyla; "tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması", "hastanın doktora güven duyması", tuvaletin temizliği", "doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görölu olması", "hastaya uygulanacak tedavinin detaylı bir şekilde açıklanması" ve "odanın temizliği"dir.

atı ve Yılmaz (2002) tarafından yapılan bir araştırmada, hastane hizmetlerinde kalite algılamasını etkileyen göstergelerin neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmacılar, memnuniyet açısından hastaların cinsiyetinin, daha önce gittikleri hastanenin ve eğitim düzeylerinin etkili olduğunu ifade etmektedirler. Araştırmada, bayanlar erkeklerden daha fazla memnun kaldıklarını ifade etmişler, ayrıca, daha önce farklı hastanelerden (Ör: Numune ve SSK) hizmet alan hastalar, diğer hastalara göre daha memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Son olarak, hastanede daha kısa süreli kalan hastaların, uzun süreli kalan hastalara göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görölmüştür.

Devebakan ve Aksaraylı (2003) tarafından İzmir'de bir özel hastanenin 105 hastasıyla yapılan diğer bir araştırmada ise, hastaların demografik niteliklerinin hizmet kalitesi değerlendirmeleri ile olan ilişkileri incelenmiş ve yaşlı hastaların gençlere göre, düşük eğitimi hastaların yüksek eğitimi hastalara göre, yüksek gelirli hastaların düşük gelirli hastalara göre ve sadık hastaların sadık olmayanlara göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri bulunmuştur. Aynı araştırmada hastane hizmetlerine uyarlanmış Servqual ölçeği kullanılmış ve hastaların hizmet kalitesi

boyutlarından en çok güvenilirlik ve güven boyutlarına öncelik verdikleri bulunmuştur.

Yıldız ve Erdoğan'ın (2004) yaptıkları çalışmada, Türkiye'nin farklı bölgelerinden seçilen 31 farklı hastanede 1100 hastayla yapılan anket çalışması sonucu hizmet kalitesi değerlendirilmiştir. 2003 yılında yapılan anket çalışmasında hastanelerde hizmet kalitesini ölçmeye yönelik 7 boyutlu, 40 soruluk bir ölçek kullanılmıştır. Sorulardan bir kısmı hekimlerden alınan hizmet ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili iken (13 soru), kalan kısmı (27 soru) çevresel değişkenler ve yemek hizmetleri ile ilgilidir.

Dursun ve Çerçi (2004) ise, yaptıkları çalışmada algılanan sağlık hizmeti kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişkileri araştırmayı amaçlamışlardır. Kayseri'deki, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastanede yatan 200 hastadan toplanan verilerin analiz sonuçları, algılanan sağlık hizmeti kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğunu ve hizmet kalitesinin hasta tatmini ve davranışsal niyeti etkileyen en önemli değişken olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar ayrıca, hasta tatmininin davranışsal niyet üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Verilerin toplanmasında kullanılan anket formu, Parasuraman vd. (1985 ve 1988) tarafından geliştirilen ve daha sonra diğer araştırmacılar tarafından da kullanılan Servqual ölçeğinden yararlanılarak ve ölçek sağlık hizmetleri için uyarlanılarak uygulanmıştır.

Hasta tatmininin ölçümüne yönelik gerçekleştirilen başka bir çalışmada, doktorların ve doktorların iletişiminin uygunluğunun (hastaya hastalığı ile ilgili açıklama yapması, doktorun bilgi düzeyi vb.) algılanan kalite ve hasta tatminini önemli ölçüde etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır (Varinli ve Çakır, 2004:37). Çalışmada, Kayseri'deki özel bir hastanenin poliklinik hizmetlerinden yararlanan 185 hastayla yapılan yüz yüze görüşme yoluyla elde edilen verilerle, hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Türkiye’de yapılan hastane hizmetlerinde kalite algıları ve hasta tatmini ile ilgili araştırmalarda hizmeti sunan hastane türlerine göre kalite algılarında ne tür farklılıkların olduğu oldukça sınırlı araştırılmış bir konudur. Hastane türlerini göz önüne alan nadir araştırmalardan birisi, Konya’da 153 hasta ile Engin ve Sevinç (2005) tarafından yapılan araştırmadır. Araştırmacılar çalışmalarında üç ayrı resmi hastane ve bir özel hastane hastaları ile anket yapmışlar, ancak farklı hastane türlerine göre inceleme yapmamışlardır. Engin ve Sevinç’in en önemli araştırma bulguları arasında hizmetin erişebilirliği ve hizmetin sunulduğu ortamın, hasta tatmini üzerindeki etkileri olarak ortaya çıkmaktadır.

Hastane türlerini dikkate alarak hastaların hizmet kalitesi algıları üzerine yapılan bir diğer çalışma ise, Yağcı ve Duman (2006) tarafından Türkiye’nin güneyinde yer alan iki metropol ilde devlet, özel ve üniversite hastanelerinde yapılan çalışmadır. Poliklinik hizmeti alan 225 hasta ile yapılan anket ile gerçekleştirilen çalışmada, hastaların hizmet kalitesi algıları, geliştirilen dört boyut ile ölçülmüştür. Boyutlar; muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması-tetkik hizmetleri ve genel görünümünden oluşmaktadır. Kuramsal açıdan geçerliliği sağlayabilmek amacıyla, Servqual ve Servperf ile değişik hizmet alanlarında geliştirilmiş hizmet kalitesi ölçekleri çerçevesinde karşılıklı görüşme yoluyla, hastalar ve hastane çalışanları (idari ve teknik personel dahil olmak üzere) ile, hastane hizmet kalitesi değişkeninin genel niteliği ve boyutları belirlenmiştir. Daha sonra, yapılan görüşmeler çerçevesinde hizmet kalitesi ve özellikle hastane hizmet kalitesi literatürü taraması sonucunda Türkiye’de hastane hizmet kalitesini ölçmeye yönelik bir ifade (madde) havuzu hazırlanmıştır. İfadelerin üretilmesinde, Servqual ölçeğinin beş boyutunun ve hizmet kalitesi algılamasında kullanılan arama, güven ve deneyim niteliklerinin kapsammasına dikkat edilmiştir (Yağcı ve Duman; 2006; 224).

Elde edilen veriler ile yapılan regresyon analizleri sonucunda, devlet hastanelerinde muayene öncesi hizmetler ve genel görünüm düzeyinin, özel

hastanelerde belirlenen bütün boyutların, üniversite hastanelerinde ise hekimlik hizmetlerinin düzeyinin, kişisel ihtiyaçları karşılama ve tetkik hizmetlerinin ve fiziksel görünüm düzeyinin hasta tatminini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalardan farklı olarak, bu çalışmada hastane hizmetlerinde kalite boyutları, genel hizmet kalitesi ölçekleriyle uyumlu, ancak hizmetin alındığı süreci ve hizmetin niteliğini göz önüne alan bir ölçekle belirlenmeye çalışılmıştır.(Yağcı ve Duman; 2006; 222).

Zerenler ve Öğüt (2006) tarafından Konya ilinde yapılan bir çalışmada ise, hastanelerden hizmet almış bireylerin algıladıkları sağlık hizmeti kalitesi ve hastane tercih nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Konya İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde faaliyetlerini sürdüren dördü kamuya ait toplam on hastaneden hizmet almış toplam 374 hasta üzerinde bir anket uygulaması gerçekleştirilerek, elde edilen veriler istatistiksel değerlendirmelere tabi tutulmuş ve araştırma bulguları mukayeseli biçimde irdelenmiştir. Ankette yer alan ve bazıları geliştirilerek yeniden değerlendirilen ifadelerde; Parasuraman, Berry ve Zeithaml'ın tanımladığı hizmet kalite boyutları temel alınmıştır. Hizmet kalite düzeyini ölçmek üzere hazırlanan sorular beşli Likert tipindedir.

Kuğuoğlu ve arkadaşları (2006), yaptıkları araştırmada Servqual ölçeğini kullanarak hastanelerde hizmet kalitesini ölçmeye yönelik bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Türkiye'nin batı bölgelerinde yaptıkları çalışmada uyguladıkları anket demografik ve kişisel bilgiler ile hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olmak üzere toplam 55 sorudan oluşmaktadır. Servqual ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalardan bir diğeri de Pakdil ve Harwoord (2005) Wake Forest University Baptist Medical Center'da 2001 yılında yaptıkları araştırmadır. Çalışmanın Servqual ölçeği ile yapılan diğer araştırmalardan farkı, 5 boyutlu değil, servqual'in 10 boyutu ile ele alınmasıdır (Pakdil ve Harwoord, 2005: Zeithaml et al., 1990)



Sağlık hizmeti alan hastaların, hizmet aldıkları hastanenin sunduğu hizmetlerden ne derece memnun oldukları, memnun olunmayan hizmetlerin de neler olduklarını tespit etmeye yönelik olarak yapılan bir diğer çalışmada ise, ayakta tedavi görmek amacıyla Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesindeki değişik polikliniklere gelen hastalardan, 396 hasta ile yüz yüze görüşme yapılarak, sağlık hizmetlerine ilişkin tatmin seviyeleri ölçülmeye çalışılmıştır (Gülmez, 2005, 147).

Gülmez ve Kitapçı (2008) yaptıkları çalışmada Servqual yönteminin kullanımı ve gelişimini tanımlamak amacıyla yine Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde 267 hasta ile yüzyüze görüşerek hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerde bulunmuşlardır. 2005 yılında uygulanan anketlerde Varinli ve arkadaşlarının 2001 yılında Erciyes Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde yaptıkları çalışmadan büyük oranda yararlanılmıştır.

Hizmet kalitesi alanında yapılan çalışmalarda ortaya çıkan farklılıklar, genel olarak araştırmada kullanılan boyutlar ve ölçeklerde ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda bu anlamda ortaya konulan bir diğer farklı çalışma ise, Ahmet Kara ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmadır. Sunulan modelin diğerlerinden ayrıldığı nokta, modelin statik değil dinamik olarak kurulmasıdır. Çalışmanın ele alındığı kamu hastanesinde iki farklı zamanda 200 hastayla görüşülmüştür. Çalışmada, Carman (1990) tarafından sağlık hizmetleri için geliştirilen ölçeğe, Cronin ve Taylor'ın (1992) aynı amaçla geliştirdikleri ölçekten birkaç sorunun eklenmesiyle oluşturulan soru seti kullanılmıştır. Model, önceki çalışmalara benzer şekilde hizmetle ilgili beklenti, algı ve müşteri tatmini ölçmektedir.

Kara vd. (2003) tarafından yapılan dinamik analizden sonra literatürde aynı temelde yapılan diğer çalışmalara rastlanmaktadır. Çaha (2007), Kara vd. tarafından ortaya konan modeli İstanbul'da 4 farklı özel hastanede 100 hastayla gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada kullanılan ölçek Carman (1990) ve Cronin ve Taylor'ın (1992) sağlık hizmetleri için ortaya koydukları çalışmalara

dayanmaktadır. Ankette hasta tatmini ve yeniden satın alma niyetleri de ayrıca ölçülmektedir. Çalışmada hastaların gelir düzeyleri, hizmetlerin alternatif fiyatları ve kalite arasındaki ilişki değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Kara vd. (2003) ve Çaha (2007) tarafından yapılan çalışmaların ardından, Çaha ve Bayyurt (2009), herhangi bir sağlık güvencesine sahip olan hastaların özel hastanelerden hizmet satın almalarını düzenleyen 2006 yılındaki karardan sonra, hastaların özel hastanelerden aldıkları hizmetin kalitesi ve hizmete duyulan memnuniyetleri ile ilgili bir çalışma ortaya koymuşlardır. Ayrıca hastanenin diğer özel ve kamu hastanelerine göre fiyatının, sunulan hizmet kalitesi ve hastaneden duyulan memnuniyet ile ilişkisi de incelenmektedir. Çalışmada, Carman'ın geliştirdiği ve Türkiye'de Kara, Tarım ve Zaim (2003) tarafından çeşitli hastanelere uygulanmış olan ölçek, özel hastanelere uygulanmıştır.

Algılanan hizmet kalitesi alanında yapılan çalışmalara son olarak verilecek örneklerden bir tanesi, Selcen vd. (2009) tarafından Marmara Üniversitesi hastanesinde yapılan çalışmadır. Çalışmada, Carman (2000), ve Kara ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen hizmet kalitesi ölçeğindeki altı boyut dikkate alınarak, mükemmel bir hastaneden hastaların beklentileri, Marmara Üniversitesi hastanesinin sunduğu hizmetlerin kalitesi ve hizmet kalitesinin, müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. Marmara Üniversitesi hastanesinin ele alınan boyutlar çerçevesinde sunduğu hizmetin kalitesi ölçülmüş, mükemmel bir hastane ile Marmara Üniversitesi hastanesinin sunduğu hizmetler arasındaki boşluk (gap) ve Marmara üniversitesi hastanesinin sunduğu hizmetlerin kalitesinin müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu amaçla, hastanede yatarak tedavi gören 183 hastadan anket yoluyla veri toplanmış ve toplanan veriler regresyon analizi ile test edilmiştir.

Hizmet kalite algılarının ölçülmesine yönelik olarak Türkiye'de yapılan araştırmalar incelendiğinde, hizmeti sunan hastane türlerine göre kalite

algularında ne tür farklılıkların olduğu oldukça sınırlı araştırılmış bir konu olduğu görülmektedir.

Örneğin yukarıda sayılan çalışmalardan Yıldız ve Erdoğan (2004), farklı bölge ve farklı hastane türlerinde toplam 31 kurumda, 1100 hastaya anket uygulayarak yaptıkları çalışmada, hasta tatmini ve hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak bir ölçek geliştirmeyi amaçlamışlar, hastane türlerine göre ayrıca bir karşılaştırmaya yer vermemişlerdir.

Aynı şekilde Engin ve Sevinç'in 2005'te Konya'da 153 hasta ile yaptıkları araştırmada, üç ayrı kamu hastanesi ile bir özel hastanede anket uygulanmış, ancak farklı hastane türlerine göre bir inceleme yapılmamıştır. Yine Deveci (2005), İzmir'de bir özel ve bir üniversite hastanesinde 290 hastaya Servqual ölçeğini kullanarak yaptığı araştırma sonucunda elde ettiği bulgularda, iki kurumun Servqual ölçeğinin farklı boyutları açısından karşılaştırmalı analizlerine yer vermiştir.

Yağış ve Duman'ın 2006 yılında Türkiye'nin güneyinde yer alan iki metropol ilde devlet, özel ve üniversite hastanelerinde 225 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda, hastaların hizmet kalitesi algıları, geliştirilen dört boyut ile ölçülmüştür. Ancak çalışma, hastanelerde sadece poliklinik hizmeti alan hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

Sonuç olarak, literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde algılanan hizmet kalitesinin farklı hastane türlerine göre karşılaştırmalı olarak ele alındığı detaylı ve kapsamlı bir çalışmanın yapılmadığı görülmektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ALGILANAN HİZMET KALİTESİ VE ANKARA'DA HASTANE TÜRLERİNE GÖRE BİR ARAŞTIRMA

Önceki bölümlerde, genel olarak hizmet kavramı ve hizmetlerin özellikleri ile algılanan hizmet kalitesi konuları incelenmiş, ele alınan konu kapsamında sağlık hizmetlerinde kalite kavramı literatürde yer alan modeller ve çalışmalar çerçevesinde değerlendirilmişti. Çalışmanın bu bölümünde ise, algılanan hizmet kalitesinin farklı hastane türlerine göre karşılaştırılmasına yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmaya ve araştırmanın sonuçlarına yer verilecektir.

#### 1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI

Çalışmayla ilgili olarak, gerçekleştirilen araştırmaya ve sonuçlarına geçmeden önce, araştırmanın amacı, kapsamı ve varsayımları üzerinde durulacaktır.

##### 1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet kalite algılarının ve hasta tatminlerinin, hizmetleri aldıkları hastane türlerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğinin; eğer anlamlı bir farklılık ortaya çıkarsa, farklılıkların hizmet kalitesinin hangi boyutları arasında yoğunlaştığının ve yine farklılıkların hasta profilleriyle ilişkilerinin karşılaştırmalı olarak ölçülmesidir.

## 1.2. Araştırma Varsayımları

Çalışmada, araştırmanın evrenini oluşturacak hastane işletmelerinin, hizmet kalitesi ve hasta tatmini konularına, artan rekabet koşulları içinde kurumsal olarak aynı duyarlılığı gösterdikleri varsayılmıştır.

## 1.3. Araştırma Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma kapsamında kamu, özel ve üniversite hastanelerinden hizmet alan hasta ve yakınlarının sunulan hizmetlerin kalitesini bir bütün olarak nasıl algıladıkları, kalite algılarının alt parametrelerinin nasıl farklılıklar gösterdiği ve değişik hasta profillerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı konuları ele alınmaktadır.

Hastane işletmelerinin yapısal amaç ve örgütlenmeleriyle ortaya çıkan farklı türlerine göre; (i) hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet kalite algılarının farklılaşıp farklılaşmadığı, (ii) farklılıklar var ise, farkların hangi boyutlarda ön plana çıktığı ve (iii) algılanan kalite farklılıklarının hasta profillerine göre karşılaştırılması tezin özgün yanı olacaktır.

Araştırmanın üç ana başlıktan oluşması planlanmıştır. Birinci bölüm sağlık hizmeti alanların algılanan hizmet kalitelerinin ölçülmesi; ikinci bölüm hasta tatmin düzeylerinin ölçülmesi ve üçüncü bölüm hasta profillerinin ortaya konulmasına yöneliktir. Araştırma kapsamında yer alan bu başlıklar, seçilecek kurumlarda anket uygulaması sonucunda elde edilecek verilerin toplanması ile analiz edilecektir.

Uygulama, maliyet ve zaman faktörleri göz önüne alındığından sadece Ankara ilinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kamu, özel ve üniversite hastaneleri ayrı ayrı ele alınmaktadır. Ayrıca, kamu hastaneleri çerçevesinde yer alan ve eğitim faaliyeti gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile eğitim

faaliyeti göstermeyip sadece genel sağlık hizmeti sunan genel dal hastaneleri ayrımı da dikkate alınmaktadır.

Araştırma kapsamına, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼'n¼n yaptığı sınıflandırma dikkate alınarak il merkezinde yer alan, benzer teknik alt yapı ve olanaklara sahip kurumlar dâhil edilmiştir. Hizmet sunumları sadece belli alanlarda (onkoloji, çocuk, kadın doğum, fizik tedavi vb.) yoğunlaşmış dal hastaneleri ya da coğrafi konum olarak ilçelerde yer alan kurumlar ile 75 yatak ve altında hizmet veren C grubu hastaneler ve bunlara denk özel hastaneler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

## **2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Sağlık sisteminde son yıllarda büyük değişimler yaşanmaktadır. Özellikle 1980'li yıllardan itibaren sağlık politikalarında gündeme gelen önemli reformlar son dönemde ivme kazanmıştır. Ortaya çıkan değişime bağlı olarak halkın kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarından sınırsız ve sistematik olarak yararlandırılması, kaliteli sağlık bakımı hizmeti, bilgi teknolojisinin sağlık sistemine uyarlanması, hasta ve çalışan güvenliği, müşteri memnuniyeti gibi konulara yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır.

Rekabet ortamının özel sektör¼ olduğu kadar kamu sektör¼nü ve üniversiteleri de etkilemesi, sayılan birimler arasında karşılaştırmalı analizlerin önemini arttırmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kamu kurumları kamu hizmeti veriyor olsalar da, özellikle hizmetleri alan hasta ve hasta yakınlarının sağlık alanındaki bilinç düzeyleri arttıkça, hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, en az özel sektör kurumlarında olduğu kadar önemli hale gelmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının bilinç düzeylerinin artması ile kaliteli hizmet sunumu ön plana çıkmakta, dolayısıyla sağlık alanında yür¼t¼len çalışmalar da artmaktadır.

Sağlık kurumları her ne kadar sundukları hizmetlerin kalitesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapıyor olsalarda, sonuçta hizmetlerin kalitesini nihai değerlendirecek olan hasta ve hasta yakınlarının algılamaları olmaktadır. Dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesini yükseltmeye yönelik olarak yapılan çalışmaların yanında, sunulan hizmetin kaliteli olarak algılanıp algılanmadığı konuları da önem kazanmaktadır. Yine hizmet kalitesinin hangi alt faktörlerinin önemli olduğu konularının ayrı ayrı ama bir bütün halinde değerlendirilmeleri, hizmeti sunan ve alan taraflar açısından önem taşımaktadır.

Özellikle 1980'lerden sonra Grönroos (1984), Parasuraman vd. (1985), Cronin ve Taylor (1992), Mattson (1992), Spreng ve Mackoy (1996), Dabholker vd. (2000) gibi birçok araştırmacı ve akademisyen hizmet kalitesi üzerine çalışmalar yapmıştır. İletişim olanakları ve bilginin daha kolay erişilebilir olmasının da etkisiyle tüketici bilincinin artması sonucu hizmet kalitesiyle ilgili daha detaylı çalışmaların yapılması ihtiyacı artmıştır. Bu ihtiyaçla birlikte, hizmetler sadece genel olarak değil, sektörel temelde de incelenmeye, hizmet kalitesi için bankacılık, bilişim vb. sektöre özel hizmet kalitesi çalışmaları da yapılmaya başlanmıştır (Saleh, 1991; Gilbert vd. 1992; Sweeny vd. 1997; Pitt vd. 1997; Zeithmal vd.2000; Zhu vd.2002)

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurum sayısının çok olması, kurumlar arasında rekabet şartlarının zorlaşması ve dolayısıyla müşteri beklentilerini yeterince karşılayamayan kurumların da diğer kurumlara göre avantajlarını kaybetmeleri söz konusu olmaktadır (Lim ve Nelson,2000). Örneğin hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet kalitesi hakkındaki fikirleri, hastane gelirlerini etkileyen önemli bir unsurdur (Raju ve Lonial, 2002). Bu çerçevede, hastaneler açısından kaliteli hizmet sunumu, hasta memnuniyeti ve memnun olan hastaların hizmet aldıkları kurumları başkalarına tavsiye etmeleri önemli bir husustur (Zeithaml,1988).

Türkiye’de de kamuya ait hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi, hasta tatmini ve sağlık hizmetleri hakkında hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini ölçen farklı çalışmalar bulunmaktadır (Dursun ve Çerçi, 2004) Çalışmaların bir kısmında, kamuya ait hastanelerde sunulan hizmetlerin kalitesi hakkında hastalarda negatif bir algı olduğu ortaya konulmaktadır.

Kamu hastaneleri hakkındaki düşük kalite algıları hastaların, tercih edebildikleri hallerde, özel hastanelerden hizmet alacakları anlamını taşımaktadır (Devebakan, 2003). Hastaların özel hastaneleri tercih ediyor olmaları, kalite algılarının hastane tercihlerini olumlu ya da olumsuz yönde şekillendirdiğini ortaya koymaktadır.

Kurumların rekabete yönelik olarak hizmet kalitesi için ayırdıkları maddi ve manevi kaynakların etkinliği ve sunulan hizmetlerin nihai alıcısı olan hasta ve hasta yakınlarının bakış açılarından değerlendirildiğinde; hizmet kalitesi ve hasta tatmininin hastane türleri ve hasta profiline göre farklılıklar gösterip göstermediği, eğer farklılıklar var ise, hizmet kalitesinin alt boyutları açısından ilişkinin ne şekilde oluştuğunun ortaya konulmasının, hem akademisyenlere hem de uygulamanın içinde yer alan tüm paydaşlara, katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



### **3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Araştırma modelinin ve modele temel teşkil eden kuramsal yapının ortaya konulacağı bu bölümde, araştırmaya ilişkin verilerin nasıl toplandığı, anket sorularının test edildiği pilot çalışma, evren ve örneklem seçimi ile verilerin analizinde hangi istatistiksel tekniklerin kullanıldığından bahsedilecektir.

#### **3.1. Kuramsal Çerçeve ve Araştırma Modeli**

Hizmet kalitesi alanında yapılan birçok çalışma, hizmet kalitesinin işletmenin performansı ile (Zeithaml vd.,1996 ;Boulding vd.,1993) ve müşteri tatmini ile (Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1993;Taylor ve Baker,1994) ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Aynı şekilde hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların, sunulan hizmetlerin kalitesiyle ilgili algıları da hastaların tatmin düzeyleri (Varinli vd., 1999; Güllülü vd. 2000; ve Williams ve Calnan, 1991) ile yakından ilişkilidir. Artan rekabet koşulları içinde hastanelerin finansal yapılarında da (Raju ve Lonial, 2002; Koska, 1990; ve Donabedian, 1996) olumlu etkileri olan hizmet kalitesi, sayılan özellikleriyle sağlık kurumlarının performansında önemli bir role sahiptir.

Hizmet kalitesi ve hasta tatmini arasındaki nedensellik ilişkisi konusunda başlıca üç farklı görüş ortaya konmuştur. Bunlardan ilki, hizmet kalitesinin hasta tatmininden önce ortaya çıktığı (Brady vd., 2002; Parasuraman vd., 1994; Parasuraman vd., 1988; Anderson ve Gerbing, 1988; Anderson vd., 1994; Cronin ve Taylor, 1992; ve Woodside vd., 1989) şeklindedir. Hasta tatmininin, hizmet kalitesinden önce ortaya çıktığını savunan çalışmalar (Bitner, 1990; Bolton ve Drew, 1994, Bitner and Hubbert, 1994) ise ikinci görüşü ortaya koymaktadır. Üçüncü görüş ise, hizmet kalitesi

ile tatmin arasında sürekli ve aynı şekilde tekrarlanan öncelik ilişkisinin olmadığını (Dabholkar, 1995 ve McAlexander vd., 1994) savunmaktadır.

Hizmet kalitesi ve tatmin arasındaki nedensellik ilişkisi konusunda bir fikir birliği olmamakla birlikte, hizmet kalitesinin tatminden önce ortaya çıktığı, yani tatmin düzeyini belirlediği görüşünün yaygın olarak kabul gördüğü anlaşılmaktadır (Dursun ve Çerçi, 2004;4) . Sonuç olarak, hastaların tatmin düzeylerinde ve hastanenin başarısında oldukça önemli bir role sahip olan hizmet kalitesinin ölçülmesi önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hizmet kalitesinin ölçülmesinde ön plana çıkan diğer bir konu ise kalitenin algılanan ya da teknik, hangi yönüyle ölçülmesi gerektiğidir. Hastaya sunulan sağlık hizmetinden elde edilecek çıktının netleşmesi zaman almaktadır. Ayrıca hastanın aldığı sağlık hizmetinden elde ettiği çıktının sonuçlarının değerlendirilmesi kimi zaman zor ve hatta imkânsız olabilmektedir. Örneğin açık kalp ameliyatı geçiren bir hasta, bu ameliyattan sağladığı teknik faydayı değerlendirirken, yukarıda sayılan problemlerle karşı karşıya kalacaktır. Sağlık hizmetini alan birçok hasta, sunulan hizmetlerin uygun bir şekilde verilip verilmediği ya da alınan hizmetin gerekli olup olmadığı konusunda yeterli uzmanlığa sahip değildir (Newcome, 1997 ve Williams 1994).

Yukarıda sıralanan değerlendirmeler ışığında hastaların hizmet kalite algısını belirleyen noktalar daha çok konunun teknik boyutunun dışında kalan hasta-doktor ilişkisi ve/veya hastane ortamı gibi dolaylı nitelikteki kriterler olmaktadır (Bowers vd., 1994; Ettinger, 1998 ve Donabedian, 1988).

Literatürde hizmet kalitesi konusunda yapılan başlıca çalışmalar incelendiğinde; Parasuraman vd. (1985, 1988, 1991), Carman (1990), Babakuş & Boller (1992), Cronin & Taylor (1992, 1994), Teas (1994), Fayek vd. (1996), Yavas vd. (1997), Bloemer vd. (1999), Dabholkar vd. (2000), Kanji & Wallace (2000), Carvana vd. (2000), Li & Collier (2000), Lim & Tang

(2000a, 2000b), Sivadas & Baker-Prewitt (2000), Yavas & Shemwell (2000), Kara vd. (2001,2003), Andaleeb (2001), Brady & Cronin (2001), Oliver & Swan (1989), ve Taylor & Cronin (1994)'in çalışmaları dikkat çekmektedir.

Sayılan çalışmalardan Parasuraman vd.nin (1985) Servqual Modeli, yaygın kullanımına (Lam, 1997) ve popülerliğine (Hussey, 1999) rağmen ciddi eleştirilere de maruz kalmıştır (Babakus ve Boller, 1992; Carman, 1990; Cronin ve Taylor, 1992; Teas, 1993).

Ortaya konulan eleştirilerden en önemlisi Servqual'in beş boyutunun genelleştirmede eksik olduğu (Carman, 1990), dolayısıyla bazı hizmet sektörlerini temsil etmede yetersiz olduğu (Babakus ve Boller, 1992) ve algılanan kalitenin beklenti ve algı farkı ile değil, sadece alınan hizmetin performansıyla ölçülmesi gerektiği şeklindedir. Cronin ve Taylor (1992, 1994) boşluk teorisinin çok az ampirik ve kuramsal kanıt tarafından desteklenmiş olduğunu ve "beklentiler" ölçümünün uygun olmadığını ileri sürmektedir. Sağlık hizmeti alan hastaların aldıkları hizmetten önce, hizmetlerle ilgili beklentilerinin olmaması ya da ne bekleyeceklerini bilmemeleri aynı görüşle paralellik göstermektedir (Fitzpatrick ve Hopkins, 1983).

Cronin ve Taylor'a (1992,1994) göre, sadece performansın ölçüldüğü Servperf, beklenti ve algı farkının ölçüldüğü Servqual'e göre daha büyük tahmin gücüne sahiptir. Bir diğer deyişle yüksek algılanan performans, yüksek hizmet kalitesi anlamını taşımaktadır. (Jain ve Gupta, 2004: 28).

Hizmet kalitesinin ölçümünde, beklenti ile algı arasındaki fark ortaya konulurken hangi "beklentinin" dikkate alınacağı konusu da tartışmalıdır. Literatür incelendiğinde, müşterilerin "arzulanan" ve "yeterli görülen" beklentiler olmak üzere iki farklı beklenti çeşidini dikkate aldıklarını gösteren araştırmalar görülmektedir (Nadiri ve Hussain, 2005). Ayrıca müşterilerin farklı farklı beklenti çeşitleri arasında da ayırım yapamadıklarını ortaya koyan

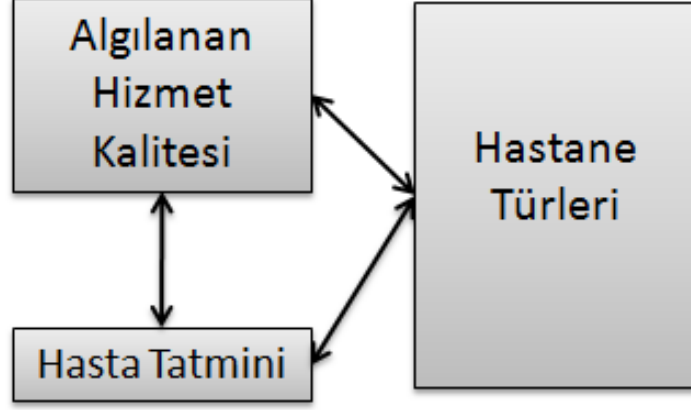
çalışmalar (Caruana vd., 2000) bulunmaktadır. Sayılan çalışmalara ek olarak, müşterilerin karşılaştırma standardı olarak arzulanan (desired), tahmin edilen (anticipated), layık olunan (deserved) ve yeterli görülen (adequate) beklentiler olmak üzere dört farklı beklenti çeşidini kullandıkları da bir başka araştırma ile ortaya konmuştur (Yoon ve Ekinci, 2003).

Hizmet kalitesi ölçümünde beklenti-algı farkının (Servqual) ve sadece performans ölçümünün (Servperf) karşılaştırıldığı bir çok araştırma yapılmıştır (Brady vd., 2002, Babakus ve Boller 1992, Boulding vd. 1993, Cronin ve Taylor 1994 ve Oliver 1993). Yapılan araştırmalarda, hizmet kalitesinin ölçümünde Servperf'in Servqual'den üstün olduğu görüşünü destekleyici sonuçlar ortaya konulmuştur. Ayrıca sadece müşteri algılamalarının ölçülmesi pratik ve kolay uygulanabilir olduğundan daha çok destek görmüştür (Babakus ve Boller, 1992). Bir diğer deyişle hizmet kalite ölçümlerinde beklenti-algı farkı değil, sadece sunulan hizmetin performansının değerlendirilmesi ön plana çıkmıştır.

Yukarıda ortaya konulan bilgiler ve sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak daha önceki bölümlerde incelenen çalışmalar dikkate alındığında, hastane türlerine göre algılanan hizmet kalitesine yönelik kapsamlı ve karşılaştırmalı bir çalışmanın önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Ele alınan bakış açısıyla; çalışmada üniversite, devlet ve özel hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet kalite algılarının ve tatmin düzeylerinin, bu hizmetleri aldıkları hastane türlerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği; anlamlı bir farklılık ortaya çıkması halinde, farklılıkların hizmet kalitesinin boyutları ve yine hasta profilleriyle ilişkisi araştırılacaktır.

Yine aynı çalışmada hizmet kalitesi ve hasta tatmini arasındaki anlamlı bir ilişki olup olmadığı ve varsa ilişkinin yönü araştırılacaktır.

**Şekil 16: Hizmet Kalite, Hasta Tatmini ve Hastane Türleri Arasında Kurulan Temel Model**



### 3.2. Veri Toplama Tekniği

Hizmet kalitesinin ölçülmesinde; Kara, Tarım ve Zaim'in (2003) çeşitli hastanelerde kullandıkları ve Carman (1990) tarafından sağlık hizmetleri için daha önceden geliştirilen ölçeğe, Cronin ve Taylor'ın (1992) aynı amaçla geliştirdikleri ölçekten birkaç sorunun eklenmesiyle oluşturdukları ve daha sonra sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesiyle ilgili Türkiye'de çeşitli araştırmalarda da kullanılan (Çaha, 2007; Kara, 2006; Çaha ve Bayyurt 2009) 6 boyuttan oluşan, 34 soruluk anket seti kullanılmıştır.

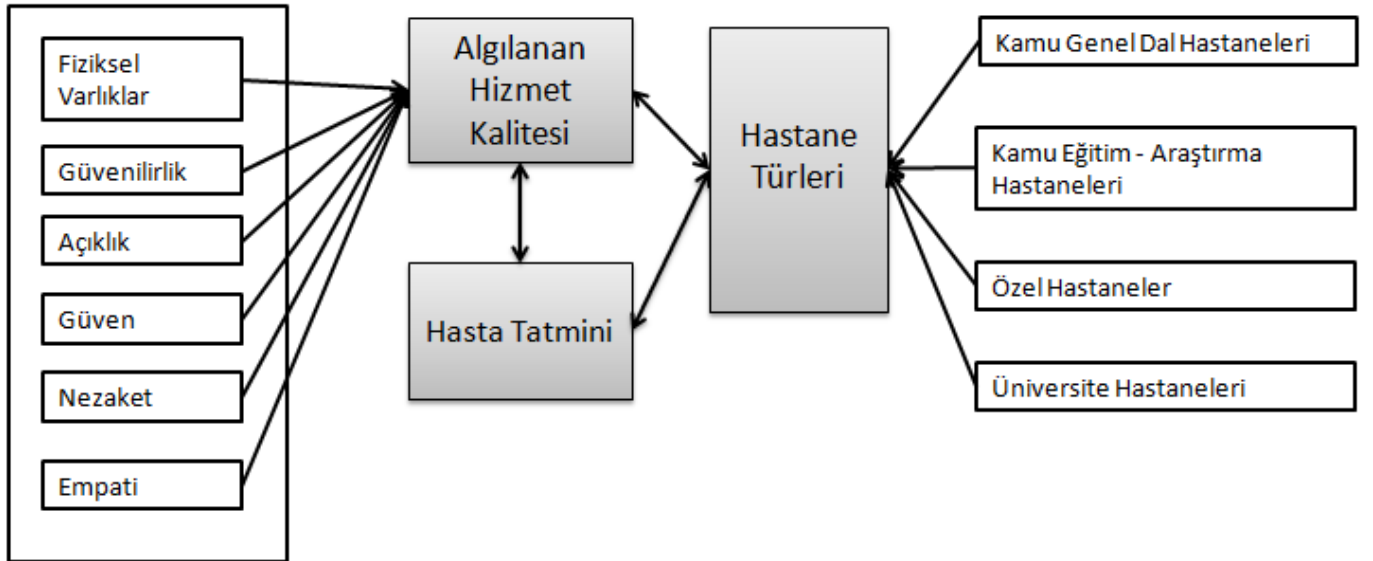
Hizmet kalitesi ile ilgili ortaya konulan bu boyutlar, Carman'ın sağlık sektöründe hizmet kalitesini ölçmek için geliştirdiği 6 boyuttur. Boyutlar, ele alınan hastanenin maddi varlıklarını (teknoloji, personel, fiziksel imkânlar vb.) ve maddi olmayan varlıklarını (Açıklık, Güven, Güvenilirlik, Saygı ve Empati) ölçmeyi amaçlamaktadır.

- Fiziksel varlıklar (tangibles): Hastanenin fiziksel olanakları, donanım ve çalışanların dış görünüşünü,
- Güvenilirlik (reliability): Hizmetin söz verildiği zaman ve şekilde tam olarak yerine getirilmesini.

- Açıklık/Yanıt verme (responsiveness): Hastaya yardım etmede istekli olma ve hizmetin en kısa sürede yerine getirilmesini,
- Güvence (assurance): Çalışanların yeterli bilgiye sahip olması ve hastada yeterli güveni oluşturması
- Nezaket/Saygı (courtesy): Çalışanların hastaya ne ölçüde nazik davrandıkları ve nezaket düzeylerini,
- Empati (empathy): personelin kendini hastanın yerine koyabilmesi ve onların ihtiyaçlarını anlamasını ölçmektedir.

Ölçekte ayrıca hasta tatminin ölçülmesiyle ilgili aynı çalışmalarda kullanılan 3 soruya yer verilmiştir. Bunlar;  
 Memnuniyet 1; hastanın ihtiyaç duyduğunda hastaneyi tekrar tercih etme isteği,  
 Memnuniyet 2: hastanenin hizmet kalitesi  
 Memnuniyet 3: hastanenin genel kalitesi şeklindedir.

**Şekil 17: Hizmet Kalite, Hasta Tatmini ve Hastane Türleri Arasında Kurulan Modelin Son Hali**



Araştırmanın çalışma kapsamında ihtiyaç duyulan veriler; Ankara İlinde yer alan kamu genel dal, kamu eğitim araştırma hastaneleri ile özel ve üniversite hastanelerinde yatarak sağlık hizmeti alan ve taburcu kararı verilen hastalar arasından, tesadüfi örnekleme metodu ile seçilen hastalara ya da hasta yakınlarına yapılan anket çalışması ile elde edilmiştir.

Çalışmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmuştur. Anketin birinci bölümü hizmet kalitesini ve hasta tatmini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış, ikinci bölümde ise hasta profilini ortaya koyacak demografik nitelikli sorulara yer verilmiştir.

Araştırmada Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Bilindiği gibi Likert tipi ölçek maddeleri üç, beş ve yedi seçenekli olarak kullanılabilir. Sıklıkla kullanılan seçenek sayısı ise beştir (Tezbaşaran, 1997;18).

Karatepe ve Avcı (2002;23) tarafından yapılan çalışmada, yedili Likert ölçeğinin özellikle Türk cevaplayıcılar açısından ele alınıp değerlendirildiğinde, anlama ve cevaplama güçlüğü yarattığı ifade edilmektedir. Sayılan gerekçeler ışığında, araştırmada Kara vd.'nin (2003) kullandıkları yedili Likertten farklı olarak beşli Likert ölçeği tercih edilmiştir.

### **3.3. Anket Sorularının Test Edilmesi**

Araştırmada kullanılacak anket sorularının test sonuçlarına yer verildiği aşağıdaki bölümde sırasıyla ön uygulama ve pilot çalışmaları ile geçerlilik ve güvenilirlik test sonuçları açıklanacaktır.

#### **3.3.1. Ön Uygulama ve Pilot Çalışma**

Araştırma verilerinin analizinde kullanılan yöntemlerin ve araştırma sonucunda elde edilen bulguların güvenilirliği ve geçerliliği araştırmanın

başarısı açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmada kullanılan Carman'ın (1990) geliştirdiği ve Türkiye'de çeşitli araştırmalar çerçevesinde (Kara vd., 2003; Kara, 2006; Çaha ve Bayyurt, 2007) çeşitli hastanelerde uygulanmış olan ölçek, ele alınan bakış açısıyla değerlendirilmiştir.

Ölçekte kullanılan ifadeler, kullanıldıkları farklı çalışmalarda hem İngilizce hem de Türkçe halleriyle karşılaştırmalı olarak ele alınmış, İngilizce ifadeler çevirilerini yapmak suretiyle gözden geçirilmiştir. Bir sonraki aşamada, çalışmanın uygulanacağı hedef kitle dikkate alınarak, sağlık sektöründe alanında uzman doktor, hemşire ve yönetici olarak çalışan kişilerle görüşülmüş, ölçekte yer alan ifadeler hakkındaki düşünceleri alınarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler, sağlık sektörü dışında farklı yaş ve meslek gruplarından kişilerle birebir görüşülmesi suretiyle de tekrar gözden geçirildikten sonra Ulus Devlet Hastanesi'nde pilot çalışma yapılmıştır. Çalışmada, toplam 114 hastaya anket uygulanmış, elde edilen verilerle ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir.

### **3.3.2. Güvenilirlik**

Altunışık vd. (2002;106) güvenilirliği, bir ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir şekilde ölçme derecesi olarak tanımlamaktadır. Baş'a (2005;187) göre ise, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki tutarlılık, güvenilirlik olarak ifade edilmektedir.

Bilindiği üzere, güvenilirlik analizinde veriler Cronbach Alpha katsayısı ile değerlendirilmektedir. Alpha katsayısı, bir grup değişkenin aralarında var olan iç korelasyonun ölçümünü yaparak, söz konusu grup değişkenin güvenilirliğini belirlemektedir.



Cronbach Alpha katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği için şu değerlendirmeler yapılmaktadır (Kayış, 2005;405):

- 0,00 <0,40 ise ölçek güvenilir değil,
- 0,40 <0,60 ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- 0,60 <0,80 ise ölçek oldukça güvenilir,
- 0,80 <1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir.

Araştırma ile ilgili Ulus Devlet Hastanesi'nde yapılan pilot çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 17.0 kullanılarak güvenilirlik testinden (Cronbach Alpha) geçirilmiştir.

Farklı branşlarda, yatarak hizmet alan hastaların aldıkları hizmetlerin kalitesi ve tatmin düzeyleri ile ilgili olarak elde edilen verilere yapılan güvenilirlik testleri sonucunda ölçeğin güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,93 ve 0,87 çıkmıştır (EK-2). Değerler Nunnally (1978) tarafından belirtilen asgari düzeyin (0,70) üzerindedir ve dolayısıyla ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu söylemek mümkündür. Güvenilirlik test sonuçlarında elde edilen değerler çalışmanın ekinde yer almaktadır.

### **3.3.3. Geçerlilik**

Geçerlilik, ölçölmek istenen konunun ölçölebilmif olma derecesi ya da başka konularla karıştırılmadan ölçölebilmesidir (Baş, 2005;189). Farklı geçerlilik türleri bulunmakla birlikte, geçerlilik testlerini içerik geçerliliği, yapı geçerliliği ve ölçüt bağlantılı geçerlilik olmak üzere üç temel grupta incelemek mümkündür.

İçerik geçerliliği; ölçüm aracının ölçölmek istenen kavramı temsil edebilecek sayıda ifade setini içermesi anlamındadır. Ölçüm aracında fazla sayıda ifade bulunması, ölçölen kavramın ilgi alanını ya da evrenini daha iyi temsil ederek ölçeğin içerik geçerliliğini arttırmaktadır.

İçerik geçerliliği aynı zamanda, ölçülmeye çalışılan kavramın boyutlarının ve unsurlarının ne derece iyi açıklandığının da bir fonksiyonudur. Konuyla ilgili uzmanların görüşlerine başvurulması ölçüm aracının içerik geçerliliğini ortaya koymaktadır. Yapı geçerliliği; kullanılan ölçüm aracı ile elde edilen sonuçların konuyla ilgili teorilerle ne derece uyumlu olduğunu ve örtüştüğünü teyit etmektedir. Ölçüt bağlantılı geçerlilik ise, ölçüm aracının bir ölçüm değişkeni tahmin etmeye yardımcı olacak şekilde ayırt edici ya da farklılaştırıcı olup olmadığını ifade etmektedir (Sekaran, 2003;206-207).

Yapısal geçerlilikle ilgili temel kuramsal kriterlerden bir tanesi içerik geçerliliğidir. İçerik geçerliliğinde ölçeğin öngörülen konuları ölçüp ölçmediği, soruların ölçülen kavramın anahtar yönlerini kapsayıp kapsamadığı araştırılmaktadır. İçerik geçerliliği için kullanılan en yaygın yöntem, konu ile ilgili uzman kişilerin görüşlerinin alınmasıdır (Baş, 2005;190).

Çalışmada kullanılan ölçüm aracının yüksek güvenilirliğe sahip olması yapısal geçerliliğin ön şartını yerine getirmektedir. Ayrıca, hizmet kalitesiyle ilgili literatürde önceden kabul gören çalışmalara uygun şekilde ölçülmesi, ölçeğin yapısal geçerliliğin önemli bir göstergesidir.

Ankette yer alan ifadelerin hazırlanması sürecinde alanında uzman kişilerin ve öğretim üyelerinin görüşlerinin alınması, yine ön uygulama ve pilot çalışma esnasında anketlerin içeriği ve anlaşılabilirliği konusunda herhangi bir sorun olmadığının tespit edilmesi de anketlerin içerik geçerliliğini ortaya koymaktadır.

### 3.4. Evren-Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması

Evren, elde edilecek verilerle ulaşılabilecek bilgilerin genelleneceği kümedir (Düzakın, 2005;62). Evren çok geniş bir coğrafi alanı kapsayabileceği gibi, çok dar kapsamlı olarak da düşünülebilir (Altunışık vd., 2002;56).

Bu araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yaptığı sınıflandırma dikkate alınarak Ankara il merkezinde yer alan, benzer teknik alt yapı ve olanaklara sahip kurumlardan yatarak hizmet alan hastalar oluşturmaktadır.

Hizmet sunumları sadece belli alanlarda (onkoloji, çocuk, kadın doğum, fizik tedavi vb.) yoğunlaşmış dal hastaneleri ya da coğrafi konum olarak ilçelerde yer alan kurumlar ile 75 yatak ve altında hizmet veren C grubu hastaneler ile bunlara denk özel hastaneler araştırma kapsamı dışındadır.

Ankara il sınırları içinde, ilçeler, dal hastaneleri, bağlı kurumlar dâhil toplam 72 hastane (özel, kamu ve üniversite) işletmesi bulunmaktadır. Ankara'da yer alan 72 hastaneden 24 tanesi yukarıda sayılan kriterlere uygun olarak araştırmanın evrenine esas alınmıştır.

Evrene ve örneklem sayısının belirlenmesine dair hesaplamalar kriterlere uyan 24 kurumun yatak sayıları, ortalama aylık yatak işgal oranları ve hastaların ortalama kalış gün sayıları dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3: Araştırma Evreni

Kurum	Kurum Türü	Yatak Sayısı	Ortalama Yatak İşgal Oranı	Ortalama Kalış Gün Sayısı	Aylık Ortalama Yatan Hasta Sayıları
			(%)		(EVREN)
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kamu - Eğitim- Araştırma Hastanesi	677	58,3	5,17	2.292
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi		807	85,4	6,32	3.269
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi		622	74,1	5,25	2.634
Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi		401	69,9	5,63	1.493
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi		308	75,9	5,35	1.311
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi		1140	90,1	6,4	4.817
<b>Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri Toplam</b>		<b>3.955</b>	<b>76</b>	<b>5,69</b>	<b>15.815</b>
Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi	Kamu- Genel Dal Hastanesi	260	49,1	3,37	1.136
Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi		160	58,6	4,57	615
Ankara Gölbaşı Hasvak Devlet Hastanesi		75	71,2	3,12	514
Ankara Prof.Dr. Celal Ertuğ Etimesgut Devlet Hastanesi		125	35,6	3,42	391
Ankara Ulus Devlet Hastanesi		188	31,9	5,36	336
<b>Kamu- Genel Dal Hastaneleri Toplam</b>		<b>808</b>	<b>49</b>	<b>3,97</b>	<b>2.991</b>
Özel Akay Hastanesi	Özel Hastane	121	56,7	1,97	1.044
Özel Bayındır Ankara Hastanesi		162	47,6	3,01	768
Özel Güven Hastanesi		158	70,4	2,83	1.179
Özel Lokman Hekim Sincan Hastanesi		138	81,1	1,71	1.964
Özel Medicana International Ankara Hastanesi		146	60,5	2,19	1.210
Özel TOBB ETÜ Hastanesi		93	62,4	1,87	931
Türkiye Diyanet Vakfı Özel 29 Mayıs Hastanesi		77	72,1	2,23	747
<b>Özel Hastaneler Toplam</b>		<b>895</b>	<b>64</b>	<b>2,26</b>	<b>7.843</b>
Ankara Üniversitesi Tıp Fak.Cebeci Hastanesi	Üniversite Hastanesi	943	59,6	10,11	1.668
Ankara Üniversitesi Tıp Fak. İbn-i Sina Hastanesi		911	59,3	7,53	2.153
Başkent Üniversitesi Hastanesi		299	99,9	2,06	4.348
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi		123	41,4	2,31	661
Gazi Üniversitesi Araş. ve Uyg.Hastanesi		1007	81,9	3,83	6.460
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak.Hastanesi		1096	49,8	7,43	2.202
Ufuk Üniv.Tıp Fak.Dr. Rıdvan Ege Sağlık Arş.ve Uyg.Merkezi		252	50,6	5,32	719
<b>Üniversite Hastaneleri Toplam</b>		<b>4.631</b>	<b>63</b>	<b>5,51</b>	<b>18.212</b>
<b>Genel Toplam</b>					<b>44.861</b>

Araştırmaya; anket ölçek sorularının uzun olması, cevaplanmasının vakit alması ve hastane hizmetleriyle ilgili tam ve doğru değerlendirilmelerin alınabilmesi için taburcu kararı verilen yatan hastalar dâhil edilmiştir.

Araştırma evrenine dâhil hastaneler ve araştırma evreninin hesaplanmasına esas veriler Tablo 3'te belirtilmiştir. Evrenin hesaplanmasına tabloda yer alan kurumların tamamı dâhil edilmiştir. Ayrıca her bir hizmet türü için örneklem, kademeli örnekleme yöntemi ile belirleneceğinden evrenin hesaplanması buna göre yapılmıştır.

Anket formlarının uygulanmasına yönelik olarak araştırma evreni kapsamındaki kurumlar için öncelikle Sağlık Bakanlığı'ndan "akademik destek" alınarak, resmi yazı ve ekinde yer alan anket formu ilgili kurumlara gönderilmiştir.

Bakanlık onayının kurumlara iletilmesini takiben her bir kurum yetkilisi ile ayrı ayrı görüşülmüş, çalışmaya gönüllü olarak katılıp katılmayacakları tespit edilmiştir. Çalışmada yer alacak kurumların belirlenmesiyle birlikte örneklem sayılarının tespitine yönelik hesaplamalar yapılmıştır.

#### **3.4.1. Örneklem Hesabı**

Örneklem, evrenden belirli kurallar çerçevesinde alınan ve alındığı evreni temsil ettiği kabul edilen küçük bir küme ya da evrenin daha küçük bir parçası olarak tanımlanmaktadır (Karasar, 1999).

Bilimsel çalışmalarda evrenin bütün elemanlarına ulaşmak kolay olmadığından, araştırma genellikle evrenin daha küçük bir parçası ile gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla, evreni temsil edebilecek büyüklük ve nitelikte bir örneklemin seçilmesi önem taşımaktadır.

Örnekleme büyüklüğünün belirlenmesiyle ilgili olarak literatürde çeşitli görüşler vardır. Örneğin örneklem sayısının, ölçüm aracındaki ifade sayısının en az 4 katı olması genel bir kuraldır. Ancak daha çok kabul edilebilir bir örneklem sayısı için, oranın 10 kata kadar çıkarılması uygun olacaktır. Çoğu araştırma için 30'un üzerinde ve 500'ün altında örneklem sayısı yeterlidir. Örnekleme kadın/erkek gibi alt kategorilere ayrıldığında ise, her bir alt kategori için örneklem sayısı en az 30 olmalıdır (Sekaran, 2003;295).

Örnek hacminin belirlenmesinde endüstri standartları, bütçe imkânları gibi farklı yaklaşımlar kullanılabilir. Bunlardan bir tanesi de istatistiksel hesaplamalardır. İstatistiksel yaklaşım, hesaplanabilir bir istatistiksel hata ile örnek hacminin belirlenmesini sağlamaktadır.

Örnekleme büyüklüğünün hesaplanmasına yönelik olarak literatürde çeşitli formüller dikkate alınmaktadır (Mark vd., 2000; Arıkan,2000; Baş, 2001; Çil, 2003; Sekaran, 2003). Örneğin, Mark vd. nin (2000) % 95 güven düzeyinde farklı anakütle büyüklükleri için hesapladıkları örnek hacimleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4: %95 Güven Düzeyinde Farklı Anakütle Büyüklükleri İçin Örnek Hacimleri**

Anakütle	%5 Hata Marjı için Örneklem Hacmi
500	217
750	254
1.000	278
2.000	322
5.000	357
10.000	370
100.000	383
1.000.000	384
10.000.000	384

Tablo 4'e göre araştırma için kullanılabilir örnek hacimleri kurum türlerine göre aşadaki şekilde olacaktır.

**Tablo 5: Hesaplanan Örneklem Hacimleri (Mark vd.'ne Göre)**

Kurum Türü	Aylık Ortalama Yatan Hasta Sayıları (Anakütle)	% 95 Güven Aralığında Örneklem Büyüklükleri
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	15.815	370
Kamu Genel Dal Hastaneleri	2.991	322
Özel Hastaneler	7.843	357
Üniversite Hastaneleri	18.212	370
<b>Genel Toplam</b>	<b>44.861</b>	<b>1.419</b>

Hastane türlerine göre ayrı ayrı örneklem sayılarının belirlenmesinde Ryan'ın (1995) geliştirdiği ve aşağıda gösterilen formülden faydalanılmıştır.

$$n = \frac{NPq}{\frac{(N-1)B^2 + Pq}{Z^2}}$$

Formülde yer alan;

n= Örneklem sayısı

N= Araştırmaya konu olan yatan hasta sayısı

P= Topluluk oranı veya tahmini

q= 1-P'yi

B= Katlanılabilir hata oranını

Z= İstenilen güven aralığını ifade etmektedir.

Formüle göre, kurum-hizmet türleri için hesaplanan anakütle ve örneklem büyüklükleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 6: Hesaplanan Örneklem Hacimleri (Ryan'ın Formülüne Göre)**

Kurum Türü	Aylık Ortalama Yatan Hasta Sayıları (Anakütle)	% 95 Güven Aralığında Örneklem Büyüklükleri
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	15.815	376
Kamu Genel Dal Hastaneleri	2.991	341
Özel Hastaneler	7.843	367
Üniversite Hastaneleri	18.212	377
<b>Genel Toplam</b>	<b>44.861</b>	<b>1.461</b>

Sonraki adımda ise her bir hizmet türünde yer alan kurumların yatan hasta sayıları ile hesaplanan oransal büyüklüklerine göre kurum bazında örneklem sayılarına ulaşılmıştır. Ancak, kurumlarda uygulama hedefi hesaplanan rakamların üzerinde belirlenmiş ve çalışmalar buna göre gerçekleştirilmiştir. Yatan hasta oranlarına göre belirlenen minimum örneklem sayıları ile uygulama hedefleri Tablo 7'deki gibi oluşmuştur.



**Tablo 7: Kurum Bazında Hesaplanan Örneklem Hacimleri ve Uygulama Hedefleri**

Kurum Adı	Hesaplanan Örneklem Büyüklüğü	Uygulama Hedefi
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	54	100
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	78	150
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	63	200
Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	35	100
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31	150
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	115	200
<b>Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri Toplam</b>	<b>376</b>	<b>900</b>
Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi	149	200
Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi	81	200
Ankara Gölbaşı Hasvak Devlet Hastanesi	67	100
Ankara Ulus Devlet Hastanesi	44	100
<b>Kamu Genel Dal Hastaneleri Toplam</b>	<b>341</b>	<b>600</b>
Özel Akay Hastanesi	54	100
Özel Güven Hastanesi	61	100
Özel Lokman Hekim Sincan Hastanesi	102	300
Özel Medicana International Ankara Hastanesi	63	100
Özel TOBB ETÜ Hastanesi	48	150
Türkiye Diyanet Vakfı Özel 29 Mayıs Hastanesi.	39	150
<b>Özel Hastaneler Toplam</b>	<b>367</b>	<b>900</b>
Ankara Üniversitesi Tıp Fak.Cebeci Hastanesi	54	100
Ankara Üniversitesi Tıp Fak. İbn-i Sina Hastanesi	70	100
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	21	100
Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	209	250
Ufuk Üniv. Tıp Fak.Dr. Rıdvan Ege Sağlık Arş.ve Uyg.Merkezi	23	100
<b>Üniversite Hastaneleri Toplam</b>	<b>377</b>	<b>650</b>
<b>Genel Toplam</b>		<b>3.050</b>

Tablodan da görüleceği üzere araştırma evrenine dâhil olan ancak çalışmayı çeşitli gerekçelerle kabul etmeyen kurumlar örneklem hesabına katılmamışlardır. Anket uygulaması yukarıdaki kurumlarda gerçekleştirilmiştir.

### **3.4.2. Anketlerin Uygulanması ve Verilerin Toplanması**

Çalışma kapsamında yer alan kurumlarda anket uygulaması önceden belirlenen tarihler arasında eş zamanlı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın eş zamanlı olarak yürütülmesi dolayısıyla anketlerin uygulanması, ilgili kurumlarında kalite çalışmalarında sürekli olarak yer alan ve anket konusunda tecrübeli personel aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmalar esnasında maddi kısıtlar ve zaman kısıtları zorlanarak kurumların ayrı ayrı ziyaret edilmesine özen gösterilmiş, ilgili personele gereken destek sağlanmıştır.

Veri toplama aşamasında katılımcıların tarafsız olmaları ve birbirlerinden etkilenmemeleri için anket formları yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Türkçe konuşamayan ve anlayamayan, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta ya da hasta yakınları çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Anket uygulaması Mayıs-Haziran 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda toplanan formlardan eksik, yırtık ya da anlaşılmayan anketler elendikten sonra veri girişlerine başlanmıştır. Veri girişi yapılan ve çalışmada kullanılan anket sayıları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 8: Kurum Bazında Geçerli Anket Sayıları**

Kurum	Hesaplanan Örneklem Büyüklüğü	Geçerli Anket Sayısı
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	54	61
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	78	80
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	63	153
Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	35	60
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31	120
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	115	160
<b>Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri Toplam</b>	<b>376</b>	<b>634</b>
Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi	149	153
Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi	81	153
Ankara Gölbaşı Hasvak Devlet Hastanesi	67	96
Ankara Ulus Devlet Hastanesi	44	67
<b>Kamu Genel Dal Hastaneleri Toplam</b>	<b>341</b>	<b>469</b>
Özel Akay Hastanesi	54	98
Özel Güven Hastanesi	61	75
Özel Lokman Hekim Sincan Hastanesi	102	255
Özel Medicana International Ankara Hastanesi	63	91
Özel TOBB ETÜ Hastanesi	48	100
Türkiye Diyanet Vakfı Özel 29 Mayıs Hastanesi.	39	110
<b>Özel Hastaneler Toplam</b>	<b>367</b>	<b>729</b>
Ankara Üniversitesi Tıp Fak.Cebeci Hastanesi	54	58
Ankara Üniversitesi Tıp Fak. İbn-i Sina Hastanesi	70	80
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	21	60
Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	209	217
Ufuk Üniv. Tıp Fak.Dr. Rıdvan Ege Sağlık Arş.ve Uyg.Merkezi	23	40
<b>Üniversite Hastaneleri Toplam</b>	<b>377</b>	<b>455</b>
<b>Genel Toplam</b>	<b>1.461</b>	<b>2.287</b>

Kurum türlerine göre örneklem büyüklükleri ve geçerli anket sayıları aşağıdaki gibi özetlenmiştir. Tablodan görüleceği üzere, çalışmadan elde edilen anket sayıları, örneklem büyüklüğünün üzerindedir.

**Tablo 9: Kurum Türlerine Göre Geçerli Anket Sayıları**

Kurum	Hesaplanan Örneklem Büyüklüğü	Geçerli Anket Sayısı
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	376	634
Kamu Genel Dal Hastaneleri	341	469
Özel Hastaneler	367	729
Üniversite Hastaneleri	377	455
<b>Genel Toplam</b>	<b>1.461</b>	<b>2.287</b>

### 3.5. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Teknikler

Elde edilen 2.287 geçerli ankette yer alan veriler SPSS 17.00 programına girilerek analize hazır hale getirildikten sonra tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistikler çerçevesinde değerlendirmeler yapılmıştır. Bu amaçla demografik verilerin frekans ve yüzde (%) dağılımlarına yer verilmiştir.

Verilerle ilgili analizlerin yapılabilmesi için öncelikle verilerin parametrik test koşullarını sağlayıp sağlamadığını belirlemeye yönelik olarak Kolmogorov Smirnov Testi ve Anova testleri uygulanmıştır.

Kolmogorov Smirnov Testi ile verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri incelenmiştir. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test sonuçları, verilerin normal dağıldığını ortaya koymaktadır ( $p < 0,05$ ).

Anova Testi ile verilerin homojen dağılım gösterip göstermedikleri incelenmiştir. Faktör = Hizmet Kalite ve Faktör = Hastane Türü için Anova

Testleri yapılmış, her iki test için de;  $p < 0,05$  çıkmıştır. Buna göre dağılım homojen değildir (EK-3).

Dağılımın homojenlik göstermemesinden dolayı parametrik test koşulları sağlanamamıştır. Dolayısıyla çalışmada parametrik olmayan (non-parametrik) testler uygulanmıştır.

Bu çerçevede, faktörler arası ilişkiler Spearman Korelasyon analiziyle, farklı gruplar (yaş, cinsiyet... vb.) arası ilişkiler ise Mann-Whitney ve Kruskal Wallis testleriyle incelenmiştir.

#### **4. ARAŞTIRMA BULGULARI**

Çalışmadan elde edilen sonuçların değerlendirileceği araştırma bulguları bölümü iki ayrı başlıkta ele alınacaktır. İlk başlıkta, çalışmaya katılan hasta ve hasta yakınlarıyla ilgili demografik bulgulara yönelik değerlendirmelerde bulunulacaktır. Ele alınacak ikinci başlık ise, algılanan hizmet kalitesinin kurum türlerine göre farklılıklarının inceleneceği bölüm olacaktır.

##### **4.1. Demografik Verilerin Analizleri**

Araştırma çerçevesinde anketi cevaplayan katılımcıların profilleri incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun kadın (% 62) ve 26-45 yaş aralığında (% 51,5) oldukları görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde ise, en fazla lise mezunlarının (%35) daha sonra ilköğretim ve fakülte mezunlarının çoğunlukta oldukları görülmektedir. Çalışmaya katılanlardan okur-yazar olmayanlar ile lisansüstü eğitim alanlar birbirlerine yakın oranlarda temsil edilmektedirler. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

**Tablo 10: Ankete Katılanların Demografik Yapıları**

		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	1.290	61,8
	Erkek	798	38,2
	Toplam	2.088	100
<b>Yaş Grubu</b>	18-25	239	12,7
	26-35	539	28,7
	36-45	429	22,8
	46-55	264	14,1
	56-65	224	11,9
	65 üstü	183	9,7
	Toplam	1.878	100
<b>Aynı Hastaneye Daha Önce Gelme Durumu</b>	Evet	1.289	64,9
	Hayır	698	35,1
	Toplam	1.987	100
<b>Aylık Gelir</b>	750 TL ve daha az	480	24,4
	751 TL – 1.500 TL	693	35,2
	1.501 TL – 2.250 TL	459	23,3
	2.251 TL – 3.000 TL	203	10,3
	3.001 TL ve daha fazla	131	6,7
	Toplam	1.966	100
<b>Tedavi Ücretlerini Kim Karşılıyor?</b>	Devlet Kurumu	1.614	79,2
	Özel Sigorta	219	10,8
	Kendim	203	10
	Toplam	2.036	100
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-Yazar Değil	104	5
	Okur-Yazar	112	5,4
	İlköğretim	542	26,1
	Lise ve dengi	720	34,7
	Fakülte/Yüksekokul	510	24,6
	Lisansüstü	85	4,1
	Toplam	2.073	100
<b>Anketi Dolduran Kişi</b>	Hasta	1.175	55,2
	Refakatçi	955	44,8
	Toplam	2.130	100
<b>İkamet Durumu</b>	Ankara	1.423	74,3
	Ankara Dışı	492	25,7
	Toplam	1.915	100
<b>Hastanede Kalış Süreleri</b>	1-3 Gün	935	46,3
	4-6 Gün	468	23,2
	7 ve üzeri	615	30,5
	Toplam	2.018	100
<b>Branş Türlerine Göre Dağılım</b>	Dâhili Branş	1.036	45,3
	Cerrahi Branş	1.251	54,7
	Toplam	2.287	100

Sağlık hizmeti alan katılımcıların % 65'i, değerlendirmede buldukları sağlık kurumundan daha önce de hizmet aldıklarını belirtmişlerdir. İlgili kurumdan ilk defa hizmet alanlar, katılımcıların %35'ini oluşturmaktadır. Alınan hizmetlerin branşlara göre dağılımları incelendiğinde ise, yaklaşık %55'in cerrahi servislerden hizmet aldıkları görülmektedir.

Katılımcıların hastanede kalış süreleri incelendiğinde, % 46'sının 1-3 gün arası, %54'ünün ise 4 günden fazla o hastanede yatarak tedavi oldukları görülmektedir. Hastanede kalış süreleri ile cerrahi hizmet branşları arasında paralellik bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının %74'ü Ankara'da ikamet etmektedir. Ankara dışında ikamet edip, Ankara'daki hastanelerden hizmet alanlar, katılımcıların %26'sını oluşturmaktadır.

Aylık gelirleri açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların yaklaşık %60'ının 1.500 TL'nin altında bir gelire sahip oldukları görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %79'unun tedavi ücretleri devlet tarafından karşılanırken, tedavi ücretlerini kendisi karşılayan hastalar, katılımcıların %10'unu oluşturmaktadır. Katılımcıların % 11'inin tedavi ücretleri özel sağlık sigortası ile karşılanmaktadır.

**Tablo 11: Ankete Katılanların Hastane Türlerine Göre Yüzde Dağılımları**

Kurum Türleri	n	%
Kamu Genel Dal Hastaneleri	469	20,5
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	634	27,7
Özel Hastaneler	729	31,8
Üniversite Hastaneleri	455	19,1
<b>Genel Toplam</b>	<b>2287</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının hastane hizmet türlerine göre dağılımları incelendiğinde, özel hastanelerin %32 ile en üst düzeyde katılım gösterdikleri görülmektedir. Üniversite hastanelerinin tüm katılımcılar içindeki oranı ise % 19'dur. Farkın ortaya çıkmasında, özellikle özel hastane yöneticilerinin ankete katılımlarındaki isteklilik etkili olmuştur. Ankete katılanların hastane türlerine göre profilleri Tablo 12'de detaylı olarak görülebilmektedir.

Anketi yanıtlayan katılımcıların hastane türlerine göre durumları değerlendirildiğinde tüm hastane türlerinde, katılımcıların çoğunluğunu kadınların ve 26-45 arası yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Tüm hastane türlerinde de katılımcıların çoğunluğu farklı oranlarda olsa da aynı kurumdan daha önce hizmet almışlardır. Aynı kurumdan daha önce hizmet alma durumlarında en yüksek oran genel dal kamu hastanelerinde (% 73), en düşük oran özel hastanelerde (%59,4) ortaya çıkmaktadır.

Kurumlardan hizmet alan hastaların gelir yapıları incelendiğinde ise, kamu-genel dal ve kamu-eğitim araştırma hastanelerinden hizmet alanların büyük çoğunluğu (%97-%94) 2.250 TL'nin altında gelire sahipken, özel hastanelerde aynı gelir grubunda yer alanların %70'e düştüğü görülmektedir. Üniversite hastanelerinde ise, bu oran hastaların % 81'ini oluşturmaktadır.

Aynı dağılım, hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde de ortaya çıkmaktadır. Kamu hastanelerinde hastaların %90'ından fazlasının hastane masrafları devlet tarafından karşılanmaktayken, özel hastanelerden hizmet alan hastaların masraflarının özel sigorta şirketi veya kişinin kendisi tarafından karşılanma oranı yaklaşık %43'tür. Üniversite hastanelerinde masrafları devlet tarafından karşılanan hastaların oranı %86'dır.



**Tablo 12: Ankete Katılanların Demografik Yapıları ve Hastane Türlerine Göre Dağılımları**

		Kamu Genel Dal Hastaneleri		Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri		Özel Hastaneler		Üniversite Hastaneleri	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	199	63,6	417	67,7	405	56,2	269	61,4
	Erkek	114	36,4	199	32,3	316	43,8	169	38,6
Yaş Grubu	18-25	21	3,7	93	14,7	71	9,7	54	11,9
	26-35	59	10,4	125	19,7	242	33,2	113	24,8
	36-45	75	13,2	81	12,8	191	26,2	82	18
	46-55	43	7,6	73	11,5	96	13,2	52	11,4
	56-65	56	9,8	57	9	50	6,9	61	13,4
	65 üstü	34	6	74	11,7	35	4,8	40	8,8
Aynı Hastaneye Daha Önce Gelme Durumu	Evet	221	73,2	410	69,8	399	59,4	259	60,8
	Hayır	81	26,8	177	30,2	273	40,6	167	39,2
Aylık Gelir	750 TL ve daha az	105	37	203	35,4	66	9,5	106	25,5
	751 TL – 1.500 TL	117	41,2	229	39,9	193	27,8	154	37,1
	1.501 TL – 2.250 TL	53	18,7	106	18,5	224	32,3	76	18,3
	2.251 TL – 3.000 TL	5	1,8	26	4,5	119	17,2	53	12,8
	3.001 TL ve fazlası	4	1,4	10	1,7	91	13,1	26	6,3
Tedavi Ücretlerini Kim Karşılıyor?	Devlet Kurumu	290	94,2	553	92,6	402	57,1	369	86,4
	Özel Sigorta	14	4,5	25	4,2	159	22,6	21	4,9
	Kendisi	4	1,3	19	3,2	143	20,3	37	8,7
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	23	7,4	56	9,2	9	1,3	16	3,7
	Okur-Yazar	39	12,5	50	8,2	13	1,8	10	2,3
	İlköğretim	118	37,8	212	34,8	77	10,7	135	31,2
	Lise ve dengi	102	32,7	200	32,8	295	41	123	28,4
	Fakülte/Yükseköğretim	26	8,3	84	13,8	272	37,8	128	29,6
	Lisansüstü	4	1,3	7	1,1	53	7,4	21	4,8
Anketi Dolduran Kişi	Hasta	190	50,9	358	58,6	393	55,7	234	53,1
	Refakatçi	183	49,1	253	41,4	312	44,3	207	46,9
İkamet Durumu	Ankara	261	88,5	453	78,6	465	74,5	244	58,1
	Ankara Dışı	34	11,5	123	21,4	159	25,5	176	41,9
Hastanede Kalış Süreleri	1-3 Gün	132	43,3	195	32,5	480	68,2	128	31,3
	4-6 Gün	76	24,9	168	28	161	22,9	63	15,4
	7 ve üzeri	97	31,8	237	39,5	63	8,9	218	53,3
Branş Türlerine Göre Dağılım	Dâhili Branş	241	51,3	266	42	278	38,1	251	55,2
	Cerrahi Branş	228	48,7	368	58	451	61,9	204	44,8

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ise, eğitim ve genel dal kamu hastanelerinden hizmet alanların çoğunluğunun ilköğretim ile lise ve dengi mezunu oldukları görülmektedir. Özel hastanelerden hizmet alanların eğitim düzeylerinin ağırlığı lise, yüksekokul ve üniversiteye doğru kaymaktadır. Üniversite hastanelerinden hizmet alanlarda ise dağılım; ilköğretim, lise ve üniversite olmak üzere dengelidir.

Tüm hastane türlerinde anketlerin yarısından fazlası hastaların kendisi tarafından cevaplanırken, hasta yakınları tarafından cevaplanan anketlerin oranı %40'ların üzerindedir. Genel dal ve eğitim araştırma kamu hastaneleri ile özel hastanelerde hastaların çoğunluğu Ankara'da ikamet eden hastalardır. Üniversite hastanelerinde ise hastaların sadece %58'i Ankara'da ikamet etmekte, %42'si il dışından gelmektedir.

Hastaların kalış süreleri incelendiğinde ise, özel hastanelerdeki hastaların çoğunluğu 1-3 gün arası hastanede kalmaktayken, başta üniversite hastaneleri olmak üzere diğer hastane türlerinde hastaların büyük çoğunluğu 3 günden fazla hizmet almaktadır. Üniversite hastanelerinde hastaların çoğunluğu (%53), hastanede 7 günden fazla yatmaktadır.

Hastaların branş türlerine göre dağılımları kurum türlerine göre farklıdır. Örneğin genel dal kamu hastaneleri ile üniversite hastanelerinden hizmet alanların çoğunluğu dâhili branşlarda yer alırlarken, özel hastaneler ile eğitim araştırma hastanelerindeki hastaların çoğunluğu cerrahi branşlardan hizmet almaktadırlar.

## 4.2. Farkların Tespit Edilmesine Yönelik Analiz Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde; hizmet kalite algısının kurum türlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği, eğer gösteriyorsa farklılıkların ne şekilde gerçekleştiği incelenecektir. Aynı inceleme, daha sonra hizmet kalitesinin alt boyutları düzeyinde yapıldıktan sonra hasta tatmin düzeyleri arasındaki farklılıklar için de ele alınacaktır.

### 4.2.1. Kurum Türleri ve Hizmet Kalite Algıları

Aldıkları hizmet kalite algısı puanlarına göre kurum türleri karşılaştırıldıklarında, sunulan hizmetlerin en kaliteli olarak algılandığı kurum türü çok küçük bir farkla özel hastanelerdir. Sonra sırayı özel hastanelerle neredeyse aynı kalitede algılanan kamu genel dal hastaneleri almaktadır. Ardından kamu eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri gelmektedir. Üniversite hastaneleri hizmet kalite algısı sıralamasında en düşük puanla son sırayı almıştır.

**Tablo 13: Kurum Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi**

Kurum Türleri	n	Algılanan Hizmet Kalitesi
Kamu Genel Dal Hastaneleri	469	4,4028
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	634	4,2402
Özel Hastaneler	729	4,4044
Üniversite Hastaneleri	455	4,0455
<b>Genel Ortalama</b>	<b>2.287</b>	<b>4,2872</b>

Ankete katılan hastaların hizmet aldıkları kurum türlerine göre algıladıkları hizmet kalitesi arasında farkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının tespiti için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

**Tablo 14: Kurum Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Test İstatistikleri**

Ki-kare	112,983
p	,000

Test sonuçları değerlendirildiğinde, hizmet kalite algısı ile kurum türleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $X^2=112,983$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığın hangi kurum türlerinde ortaya çıktığını test etmek ve kurum türlerini ikili olarak karşılaştırmaya yönelik olarak Mann-Whitney Testleri yapılmıştır. Test sonuçları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 15: Kurum Türleri Arası Farkların İkili Karşılaştırılma Testleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri		Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri		Özel Hastaneler		Üniversite Hastaneleri	
	u	p	u	p	u	p	u	p
<b>Kamu Genel Dal Hastaneleri</b>	-	-	178.276,5	0,727	173.174,5	0,000	102.281,0	0,000
<b>Kamu Eğitim – Araştırma Hastaneleri</b>	178.276,5	0,727	-	-	189.957,0	0,000	115.955,5	0,000
<b>Özel Hastaneler</b>	173.174,5	0,000	189.957,0	0,000	-	-	107.176,5	0,000
<b>Üniversite Hastaneleri</b>	102.281,0	0,000	115.955,5	0,000	107.176,5	0,000	-	-

Kurum türlerine göre algılanan hizmet kalitesi açısından ortaya çıkan farklılık özel ve üniversite hastanelerinden kaynaklanmaktadır. Çünkü Mann-Whitney sonuçları değerlendirildiğinde, kamu-eğitim araştırma ve kamu-genel dal hastaneleri arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $u=178.276,5$ ;  $p>0,05$ ), diğer yandan kamu hastaneleri ile özel hastaneler ve üniversite hastaneleri arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu durumda, kamu eğitim araştırma hastaneleri ve kamu genel dal hastanelerinde algılanan hizmet kalitesinin özel hastanelerden düşük ve üniversite hastanelerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ifade edilebilecektir.

#### 4.2.1.1. Kurum Türleri ve Hasta Profiline Göre Hizmet Kalite Algıları

Bu bölümde, hastanelerden hizmet alanların farklı profil yapıları için algıladıkları hizmet kalitesinin, kurum türlerine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediği incelenecektir.

**Tablo 16: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
Kadın	4,42	199	63,6%	4,22	417	67,7%	4,40	405	56,2%	3,97	269	61,4%	107,52	0,000
Erkek	4,45	114	36,4%	4,27	199	32,3%	4,41	316	43,8%	4,16	169	38,6%	30,09	0,000

Yukarıdaki tabloda farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, kadınlar ve erkekler için hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p < 0,05$ ).

Her iki profilde de hizmet alanlar açısından en düşük hizmet kalite algısı üniversite hastaneleri için ortaya çıkarken, en yüksek hizmet kalite algısı, özel hastanelere göre çok az farkla da olsa, kamu genel dal hastaneleri için ortaya çıkmıştır.

Ayrıca cinsiyet farklarına göre dikkat çeken en önemli husus, her bir kurum türünde de erkeklerin hizmet kalite algılarının kadınlara göre daha yüksek olduğudur. Diğer bir deyişle, kadınlar tüm hastane türlerinde sunulan hizmetlerin kalitesini erkeklere göre daha düşük değerlendirmişlerdir.

**Tablo 17: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Yaş Grubu	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
18-25	<b>4,37</b>	21	7,3%	<b>4,14</b>	93	18,5%	<b>4,31</b>	71	10,4%	<b>3,92</b>	54	13,4%	18,35	0,000
26-35	<b>4,45</b>	59	20,5%	<b>4,03</b>	125	24,9%	<b>4,44</b>	242	35,3%	<b>3,93</b>	113	28,1%	72,95	0,000
36-45	<b>4,46</b>	75	26,0%	<b>4,30</b>	81	16,1%	<b>4,42</b>	191	27,9%	<b>4,00</b>	82	20,4%	39,44	0,000
46-55	<b>4,38</b>	43	14,9%	<b>4,22</b>	73	14,5%	<b>4,32</b>	96	14,0%	<b>4,13</b>	52	12,9%	8,75	0,033
56-65	<b>4,42</b>	56	19,4%	<b>4,28</b>	57	11,3%	<b>4,36</b>	50	7,3%	<b>4,33</b>	61	15,2%	6,55	<b>0,088</b>
65 üstü	<b>4,47</b>	34	11,8%	<b>4,45</b>	74	14,7%	<b>4,47</b>	35	5,1%	<b>4,17</b>	40	10,0%	7,26	<b>0,064</b>

Yukarıdaki tabloda farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının yaş gruplarına göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Tablodan görüleceği üzere, 55 yaşın altındaki tüm yaş gruplarında hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0,05$ ). 55 yaşın üstündeki yaş gruplarında ise, kurum türleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Tablo incelendiğinde, tüm yaş gruplarında en düşük hizmet kalite algısı üniversite hastaneleri için ortaya çıkmıştır. En yüksek hizmet kalite algısı ise tüm yaş gruplarında kamu genel dal hastanelerinde görülmektedir.

Yaş grupları açısından farklı türlerdeki hastanelerdeki hizmet kalite algısı kendi içlerinde değerlendirildiğinde ise; eğitim araştırma hastaneleri hariç, tüm hastane türlerinde de 18-25 yaş grubunun hizmet kalitesini en düşük olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Aşağıdaki tabloda ise, farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının aynı hastaneden daha önce hizmet alma durumlarına göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Hizmet alınan hastaneye ilk defa gelenlerin ve daha önce hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre hizmet kalite algıları incelendiğinde, aralarındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 18: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aynı Hastaneden Daha Önce Hizmet Alma Durumlarına Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
<b>Aynı Hastaneye Daha Önce Gelme Durumu</b>														
Evet	<b>4,42</b>	221	73,2%	<b>4,28</b>	410	69,8%	<b>4,40</b>	399	59,4%	<b>4,09</b>	259	60,8%	69,90	0,000
Hayır	<b>4,47</b>	81	26,8%	<b>4,16</b>	177	30,2%	<b>4,39</b>	273	40,6%	<b>3,97</b>	167	39,2%	57,71	0,000

Hizmet alınan hastaneye hem ilk defa gelen ve hem de daha önce kurumlardan hizmet alan hastalar arasında en yüksek hizmet kalite algısı, kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmıştır. Üniversite hastaneleri ise, en düşük hizmet kalite algısına sahip kurumlardır.

Kamu genel dal hastaneleri hariç, tüm kurumlarda da ilgili hastaneden ilk defa hizmet alan hastaların hizmet kalite algıları, daha önce hastaneye gelen hastalara göre daha düşüktür.

**Tablo 19: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
750 TL ve daha az	<b>4,38</b>	105	37,0%	<b>4,36</b>	203	35,4%	<b>4,43</b>	66	9,5%	<b>4,05</b>	106	25,5%	33,24	0,000
751 TL – 1.500 TL	<b>4,46</b>	117	41,2%	<b>4,18</b>	229	39,9%	<b>4,41</b>	193	27,8%	<b>3,97</b>	154	37,1%	52,73	0,000
1.501 TL – 2.250 TL	<b>4,47</b>	53	18,7%	<b>4,20</b>	106	18,5%	<b>4,37</b>	224	32,3%	<b>4,04</b>	76	18,3%	38,38	0,000
2.251 TL – 3.000 TL	<b>4,25</b>	5	1,8%	<b>4,00</b>	26	4,5%	<b>4,37</b>	119	17,2%	<b>4,14</b>	53	12,8%	14,10	0,003
3.001 TL ve daha fazla	<b>4,73</b>	4	1,4%	<b>4,25</b>	10	1,7%	<b>4,52</b>	91	13,1%	<b>4,06</b>	26	6,3%	13,78	0,003

Tablo 19’da farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının gelir durumlarına göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Tablodan görüleceği üzere, tüm gelir grupları açısından hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p < 0,05$ ).

Sonuçlar incelendiğinde, en düşük gelir grubunda yer alan katılımcıların hizmet kalite algısı, en yüksek özel hastanelerde ortaya çıkmaktadır. En yüksek gelir grubunda yer alan katılımcıların ise, en yüksek hizmet kalite algısı kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmaktadır.

Eğitim araştırma hastaneleri hariç, tüm hastane türlerinde en yüksek hizmet kalite algısı, en yüksek gelire sahip hastalarda gerçekleşmiştir.

Özel hastanelerde, ortalama aylık gelir arttıkça algılanan hizmet kalite algısı düşmekte, en yüksek aylık gelire sahip hastalarda ise tekrar artmaktadır.



Farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının sosyal güvencelerine göre hizmet kalite algıları aşağıdaki tabloda görülmektedir. Hastaların farklı sosyal güvenceleri için, hastanelerden hizmet alanların kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 20: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
Masrafların Karşılama Durumu (Sosyal Güvence)														
Devlet Kurumu	<b>4,43</b>	290	94,2%	<b>4,25</b>	553	92,6%	<b>4,37</b>	402	57,1%	<b>4,04</b>	369	86,4%	93,02	0,000
Özel Sigorta	<b>4,47</b>	14	4,5%	<b>4,17</b>	25	4,2%	<b>4,48</b>	159	22,6%	<b>3,98</b>	21	4,9%	18,49	0,000
Kendisi	<b>4,62</b>	4	1,3%	<b>4,02</b>	19	3,2%	<b>4,41</b>	143	20,3%	<b>4,07</b>	37	8,7%	11,52	0,009

Ortaya çıkan sonuçlar incelendiğinde, sosyal güvencesi devlet kurumu ve özel sigorta şirketi tarafından karşılanan hastalar için en düşük hizmet kalite algısının üniversite hastanelerinde ortaya çıktığı görülmektedir. Masrafları devlet tarafından karşılanan hastaların, hizmet kalite algıları en yüksek devlet hastanelerinde çıkarken, özel sigorta şirketi tarafından karşılanan hastalar için en yüksek değeri özel hastaneler almışlardır.

Masraflarını kendisi karşılayan hastalar açısından ise, kamu eğitim araştırma hastaneleri en düşük hizmet kalite algısı puanına sahiptir. Bu grupta, kamu genel dal hastaneleri en yüksek algılanan hizmet kalitesi puanını elde etmiştir.

**Tablo 21: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
Okur-Yazar Değil	<b>4,26</b>	23	7,4%	<b>4,33</b>	56	9,2%	<b>4,58</b>	9	1,3%	<b>4,14</b>	16	3,7%	2,53	<b>0,470</b>
Okur-Yazar	<b>4,49</b>	39	12,5%	<b>4,25</b>	50	8,2%	<b>4,29</b>	13	1,8%	<b>4,23</b>	10	2,3%	6,31	<b>0,098</b>
İlköğretim	<b>4,40</b>	118	37,8%	<b>4,32</b>	212	34,8%	<b>4,52</b>	77	10,7%	<b>4,11</b>	135	31,2%	28,44	0,000
Lise ve dengi	<b>4,51</b>	102	32,7%	<b>4,24</b>	200	32,8%	<b>4,42</b>	295	41,0%	<b>4,01</b>	123	28,4%	62,40	0,000
Fakülte/ Yüksekokul	<b>4,35</b>	26	8,3%	<b>3,99</b>	84	13,8%	<b>4,36</b>	272	37,8%	<b>3,98</b>	128	29,6%	49,72	0,000
Lisansüstü	<b>4,19</b>	4	1,3%	<b>4,34</b>	7	1,1%	<b>4,44</b>	53	7,4%	<b>4,00</b>	21	4,8%	7,59	<b>0,055</b>

Tablo 21’de farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, okuryazar olmayan, okuryazar ve lisansüstü eğitime sahip olanlarda hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ). Bu üç grubun dışındaki eğitim düzeylerinde ise, kurum türleri arasındaki farklar anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Sonuçlar değerlendirildiğinde, en yüksek hizmet kalite algıları okuryazar ve lise mezunları için kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkarken, okuryazar olmayanlar, ilköğretim ve lisansüstü eğitim almış olanlar için özel hastanelerde ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 22: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların İkamet Durumlarına Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
Ankara	<b>4,42</b>	261	88,5%	<b>4,26</b>	453	78,6%	<b>4,41</b>	465	74,5%	<b>3,99</b>	244	58,1%	94,31	0,000
Ankara Dışı	<b>4,49</b>	34	11,5%	<b>4,20</b>	123	21,4%	<b>4,38</b>	159	25,5%	<b>4,11</b>	176	41,9%	28,62	0,000

Yukarıdaki tabloda farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının ikamet durumlarına göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Tablodan da görüleceği üzere, hizmet alınan hastaneyle aynı şehirde veya farklı şehirlerde ikamet eden hastalar için hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

İkamet durumu nasıl olursa olsun en yüksek hizmet kalite algısı kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmaktadır. Özel hastanelerde ve eğitim araştırma hastanelerinde farklı şehirlerden gelerek hizmet alan hastaların hizmet kalite algıları daha düşükken, üniversite ve kamu genel dal hastanelerinde farklı şehirlerden gelerek hizmet alan hastaların hizmet kalite algıları daha yüksektir.

Farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kalış sürelerine göre hizmet kalite algıları Tablo 23'te görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre, tüm kalış sürelerinde hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 23: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Hastanede Kalış Süresi	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
1-3 Gün	<b>4,41</b>	132	43,3%	<b>4,22</b>	195	32,5%	<b>4,43</b>	480	68,2%	<b>4,10</b>	128	31,3%	53,10	0,000
4-6 Gün	<b>4,46</b>	76	24,9%	<b>4,26</b>	168	28,0%	<b>4,38</b>	161	22,9%	<b>3,96</b>	63	15,4%	27,90	0,000
7 ve üzeri	<b>4,45</b>	97	31,8%	<b>4,26</b>	237	39,5%	<b>4,30</b>	63	8,9%	<b>4,04</b>	218	53,3%	33,72	0,000

Hastanelerde en kısa süre kalan (1-3 gün) hastalar için en yüksek hizmet kalite algıları, özel hastanelerde ortaya çıkmıştır. Ancak özel hastanelerde kalış süresi uzadıkça algılanan hizmet kalite algısı düşmektedir. Daha uzun sürelerde hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet kalite algıları ise en yüksek kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmıştır.

**Tablo 24: Farklı Kurum Türlerinden Hastaların Hizmet Aldıkları Branş Türlerine Göre Hizmet Kalite Algıları**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Branş Türü	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Dâhili Branş	<b>4,42</b>	241	51,3%	<b>4,23</b>	266	42,0%	<b>4,40</b>	278	38,1%	<b>3,99</b>	251	55,2%	67,26	0,000
Cerrahi Branş	<b>4,39</b>	228	48,7%	<b>4,24</b>	368	58,0%	<b>4,41</b>	451	61,9%	<b>4,11</b>	204	44,8%	49,74	0,000

Yukarıdaki tabloda ise, farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının branş türlerine göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, her iki branş türünde de hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre

hizmet kalite algıları arasında ortaya çıkan farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Her iki branş türünde de en yüksek hizmet kalite algısı özel hastanelerde ortaya çıkmaktadır. Üniversite hastaneleri ise en düşük hizmet kalite puanına sahip hastane türüdür.

Kamu genel dal hastaneleri hariç tüm hastane türlerinde cerrahi bir müdahaleye maruz kalan hastaların hizmet kalite algıları diğer dâhili branşlara göre daha yüksektir. Kamu genel dal hastanelerinde ise, cerrahi branş hastalarının hizmet kalite algıları daha düşüktür.

Sonuç olarak, hastaların demografik profillerine göre kurum türleri arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı incelendiği bu bölümde, ortaya çıkan farkların büyük çoğunluğunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine göre ortaya çıkan farklılıkların sadece belli yaş grupları ve eğitim düzeyleri için ortaya çıkan farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Algılanan hizmet kalitesiyle ilgili kurum türleri arasında ortaya çıkan farklılıkların, kalitenin hangi boyutları için ortaya çıktığının değerlendirilmesi çalışmanın amacı açısından önemlidir. Bu çerçevede, çalışmanın bir sonraki bölümünde hizmet kalitesini oluşturan alt boyutlar için değerlendirmelerde bulunulacak, aynı bakış açısıyla kurum türleri arasındaki farklılıkların kaynakları incelenmeye çalışılacaktır.

#### 4.2.2. Kurum Türleri ve Hizmet Kalite Boyutları

Farklı kurum türlerine göre hizmet kalitesinin boyutlarının nasıl farklılaştığı ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı bu bölümde incelenecektir.

**Tablo 25: Kurum Türlerine Göre Hizmet Kalite Boyutlarından Alınan Puanlar**

BOYUTLAR	Kamu Genel Dal Hastaneleri	Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	Özel Hastaneler	Üniversite Hastaneleri	Genel Ortalama
FİZİKSEL VARLIKLAR	4,14	3,84	4,23	3,69	<b>3,97</b>
GÜVENİLİRLİK	4,42	4,27	4,38	4,10	<b>4,28</b>
AÇIKLIK	4,43	4,32	4,43	4,05	<b>4,29</b>
GÜVEN	4,45	4,31	4,43	4,17	<b>4,32</b>
NEZAKET	4,48	4,35	4,47	4,13	<b>4,35</b>
EMPATİ	4,50	4,35	4,48	4,12	<b>4,35</b>

Yapılan çalışmada algılanan hizmet kalite farklarının kalitenin hangi boyutlarında nasıl farklılaştığı farklı kurum türlerine göre incelenmiştir. Kurumlar arası farklılıklar boyutlar bazında değerlendirildiğinde, tüm hastane türlerinde de en düşük kalite algısının, kalitenin fiziksel varlıklar boyutunda ortaya çıktığı görülmektedir.

Elde edilen sonuçlara göre, özellikle üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde, fiziksel varlıklara yönelik kalite algıları diğer türlerle karşılaştırıldığında daha düşüktür. Türler arasında fiziksel varlıkları en yüksek kalitede algılanan hastane türü özel hastanelerdir.

Kalitenin fiziksel olmayan boyutları değerlendirildiğinde, kamu hastaneleri ve özel hastanelerde nezaket ve empati boyutlarının, üniversite hastanelerinde ise güven boyutunun, kendi içlerinde en yüksek olarak algılandığı görülmektedir. Ancak hem güven boyutu hem de diğer fiziksel olmayan boyutlar açısından en yüksek kalite algısı kamu genel dal hastanelerinde görülmektedir. Sırayı daha sonra özel hastaneler almaktadır.

Ankete katılan hastaların hizmet aldıkları kurum türlerine göre algılanan hizmet kalitesinin alt boyutları arasında farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının tespiti için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

**Tablo 26: Kurum Türlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları Test İstatistikleri**

	FİZİKSEL VARLIKLAR	GÜVENİLİRLİK	AÇIKLIK	GÜVEN	NEZAKET	EMPATİ
Ki-kare	200,646	53,246	97,357	47,198	62,949	65,281
p değeri	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Test sonuçları her bir boyut için incelendiğinde, hizmet kalite boyutlarının kurum türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Farklılığın hangi kurum türlerinde ortaya çıktığını test etmek ve kurum türlerini ikili olarak karşılaştırmaya yönelik olarak Mann-Whitney Testleri yapılmıştır. Test sonuçları Tablo 27’de özetlenmiştir.

**Tablo 27: Hizmet Kalite Boyutlarında Kurum Türleri Arası Farkların İkili Karşılaştırılma Testleri**

Karşılaştırılan Kurum Türü	Testler	FİZİKSEL VARLIKLAR	GÜVENİLİRLİK	AÇIKLIK	GÜVEN	NEZAKET	EMPATİ
Kamu Genel Dal Hastaneleri - Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	Mann-Whitney U	156087,5	176835,5	169462	179546	172820	179445
	p değeri	0,000	0,550	0,068	0,889	0,196	0,869
Kamu Genel Dal Hastaneleri - Özel Hastaneler	Mann-Whitney U	165501,5	191174,5	173559	183709	183418	187643
	p değeri	0,000	0,014	0,000	0,000	0,000	0,002
Kamu Genel Dal Hastaneleri - Üniversite Hastaneleri	Mann-Whitney U	95597,5	107663	105696	114633	108954	107558
	p değeri	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri - Özel Hastaneler	Mann-Whitney U	155501	206322,5	208779	204588	216537	210789
	p değeri	0,000	0,001	0,002	0,000	0,038	0,003
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri - Üniversite Hastaneleri	Mann-Whitney U	126992,5	122594	110621	126138	117206	119590
	p değeri	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Özel Hastaneler - Üniversite Hastaneleri	Mann-Whitney U	92674	125811,5	111574	128177	122011	122236
	p değeri	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Ortaya çıkan farklılıklar algılanan hizmet kalitesi boyutlarına göre değerlendirildiğinde, hastane türleri arasındaki anlamlı farklılıkların hangi hastane türleri arasında ortaya çıktığı test sonuçlarına bakılarak görülmektedir. Buna göre;

- Fiziksel Varlıklar Boyutu için kurum türlerine göre farklılıklar, tüm hastane türleri için anlamlıdır. Her bir ikili karşılaştırma sonucu ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ( $p < 0,05$ ).



- Güvenilirlik, Açıklık, Güven, Nezaket, Empati Boyutları için kurum türlerine göre farklılıklar, kamu genel dal ve kamu eğitim araştırma hastaneleri karşılaştırması hariç olmak üzere ( $p>0,05$ ), diğer tüm hastane türleri arasında yapılan karşılaştırmalar için anlamlıdır.
- Sonuç olarak, yapılan ikili karşılaştırmalar incelendiğinde, kamu hastaneleri ile özel ve üniversite hastaneleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmiştir ( $p< 0,05$ ).

#### 4.2.2.1. Kurum Türlerine Göre Hasta Profiline Hizmet Kalite Boyutları Arası Farkları

Bu bölümde, hastanelerden hizmet alanların farklı profil yapıları için kurum türlerine göre algıladıkları hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenecektir.

**Tablo 28: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Cinsiyeti	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Kadın	F. VARLIKLAR	4,14	199	63,6%	3,81	417	67,7%	4,22	405	56,2%	3,65	269	61,4%	141,19	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,44			4,27			4,38			4,03			62,74	0,000
	AÇIKLIK	4,45			4,32			4,44			3,99			82,18	0,000
	GÜVEN	4,51			4,28			4,43			4,08			68,94	0,000
	NEZAKET	4,49			4,32			4,48			4,03			63,72	0,000
	EMPATİ	4,52			4,33			4,47			4,03			66,71	0,000
Erkek	F. VARLIKLAR	4,17	114	36,4%	3,90	199	32,3%	4,24	316	43,8%	3,76	169	38,6%	64,45	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,43			4,24			4,38			4,21			13,07	0,004
	AÇIKLIK	4,47			4,33			4,42			4,15			25,10	0,000
	GÜVEN	4,50			4,36			4,44			4,31			8,87	0,031
	NEZAKET	4,54			4,41			4,47			4,29			13,19	0,004
	EMPATİ	4,56			4,40			4,49			4,25			19,74	0,000

Tablo 28'de farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre hizmet kalite boyutlarını nasıl algıladıkları görülmektedir. Sonuçlar incelendiğinde, hem kadınlar ve hem de erkekler için hastanelerden hizmet alanların, kurum türlerine göre hizmet kalite boyutları algıları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

Boyutlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde, her bir boyut bazında üniversite hastanelerinde algılanan hizmet kalitesi en düşük düzeydedir. Ayrıca dikkat çeken bir önemli husus; fiziksel varlıklar boyutunun, özel hastanelerde diğer kurum türlerine göre daha yüksek kalitede algılanmasıdır. Ancak güvenilirlik, açıklık, güven, nezaket ve empati gibi insan unsurunun ağırlıklı olduğu boyutlarda hem erkekler ve hem de kadınlar için kamu genel dal hastanelerinde sunulan hizmetlerin kalitesi daha yüksek algılanmaktadır.

Boyutlar cinsiyetlere göre kendi aralarında değerlendirildiğinde; tüm kurum türlerinde de fiziksel varlıkların diğer boyutlara göre daha kalitesiz algılandıkları görülmektedir.

Farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının yaş gruplarına göre hizmet kalite boyutlarını nasıl algıladıkları Tablo 29'da incelenmektedir. Tablodan görüleceği üzere, farklı yaş gruplarında p değerleri koyu renkle ifade edilen boyutlarda, kurum türleri arasındaki farklar istatistikî olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Özellikle 55 yaş üstü grupta birçok boyutta, kurum türleri arasındaki farklar anlamlı değildir. Diğer yandan fiziksel varlıklar boyutu ile ilgili yapılan değerlendirmeler tüm yaş gruplarında da anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Güvenilirlik ve nezaket boyutlarının kurumlar arası farkları ise sadece 26-45 yaşları arasındaki yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı değerler ortaya koymaktadır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 29: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Yaş Grubu	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
18-25	F. VARLIKLAR	4,01	21	7,3	3,61	93	18,5	4,16	71	10,4	3,61	54	13,4	29,72	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,43			4,29			4,30			4,12			7,09	<b>0,069</b>
	AÇIKLIK	4,51			4,20			4,31			3,94			12,38	0,006
	GÜVEN	4,55			4,28			4,32			4,01			18,30	0,000
	NEZAKET	4,33			4,17			4,34			3,97			6,23	<b>0,101</b>
	EMPATİ	4,38			4,28			4,44			3,89			14,02	0,003
26-35	F. VARLIKLAR	4,13	59	20,5	3,59	125	24,9	4,27	242	35,3	3,58	113	28,1	101,12	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,49			4,03			4,42			3,98			49,06	0,000
	AÇIKLIK	4,46			4,19			4,49			3,93			52,23	0,000
	GÜVEN	4,54			4,13			4,47			4,08			44,29	0,000
	NEZAKET	4,49			4,14			4,51			4,05			33,75	0,000
	EMPATİ	4,58			4,12			4,51			3,94			53,85	0,000
36-45	F. VARLIKLAR	4,21	75	26,0	3,88	81	16,1	4,22	191	27,9	3,70	82	20,4	46,10	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,44			4,34			4,40			3,99			27,89	0,000
	AÇIKLIK	4,47			4,43			4,46			4,02			37,21	0,000
	GÜVEN	4,54			4,37			4,47			4,05			28,06	0,000
	NEZAKET	4,54			4,40			4,49			4,05			29,18	0,000
	EMPATİ	4,57			4,40			4,49			4,20			15,36	0,002
46-55	F. VARLIKLAR	4,03	43	14,9	3,78	73	14,5	4,15	96	14,0	3,77	52	12,9	19,17	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,39			4,33			4,34			4,17			4,10	<b>0,251</b>
	AÇIKLIK	4,43			4,29			4,30			4,11			10,36	0,016
	GÜVEN	4,46			4,30			4,36			4,26			2,48	<b>0,479</b>
	NEZAKET	4,47			4,35			4,41			4,26			5,36	<b>0,147</b>
	EMPATİ	4,50			4,25			4,33			4,19			6,97	0,073
56-65	F. VARLIKLAR	4,26	56	19,4	4,01	57	11,3	4,20	50	7,3	3,98	61	15,2	9,01	0,029
	GÜVENİLİRLİK	4,40			4,30			4,32			4,37			3,35	<b>0,340</b>
	AÇIKLIK	4,40			4,38			4,34			4,29			1,12	<b>0,773</b>
	GÜVEN	4,44			4,30			4,40			4,50			7,94	0,047
	NEZAKET	4,49			4,40			4,47			4,41			3,62	<b>0,305</b>
	EMPATİ	4,54			4,29			4,45			4,46			7,15	<b>0,067</b>
65 üstü	F. VARLIKLAR	4,14	34	11,8	4,15	74	14,7	4,30	35	5,1	3,81	40	10,0	10,08	0,018
	GÜVENİLİRLİK	4,47			4,45			4,36			4,23			4,84	<b>0,184</b>
	AÇIKLIK	4,53			4,48			4,52			4,18			5,84	<b>0,120</b>
	GÜVEN	4,52			4,47			4,46			4,30			2,32	<b>0,509</b>
	NEZAKET	4,60			4,59			4,51			4,27			6,73	<b>0,081</b>
	EMPATİ	4,56			4,55			4,64			4,23			7,49	<b>0,058</b>

Yaş gruplarına göre ortaya çıkan sonuçlar boyutlar bazında değerlendirildiğinde, hizmet kalite algısı tüm yaş gruplarında en düşük değerleri üniversite hastanelerinde almışlardır. Sadece 56-65 yaş grubunda yer alan hastalar üniversite hastanelerinde güven boyutunu diğer türlere kıyasla daha yüksek olarak değerlendirmişlerdir.

Aşağıdaki tabloda farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının aynı hastaneden daha önce hizmet alma durumlarına göre hizmet kalite boyutlarını nasıl algıladıkları görülmektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; farklı kurum türlerinde, hizmet alınan hastaneye ilk defa gelen ya da daha önce ilgili hastanelerden hizmet almış olan hasta ve hasta yakınlarının kalite algılamaları arasında ortaya çıkan farklar istatistikî olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 30: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aynı Hastaneden Daha Önce Hizmet Alma Durumlarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Aynı Hastaneye Daha Önce Gelme Durumu	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Evet	F. VARLIKLAR	4,15	221	73,2%	3,90	410	69,8%	4,21	399	59,4%	3,73	259	60,8%	101,15	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,43			4,33			4,39			4,11			43,23	0,000
	AÇIKLIK	4,45			4,37			4,43			4,09			59,06	0,000
	GÜVEN	4,49			4,33			4,42			4,20			34,11	0,000
	NEZAKET	4,48			4,38			4,45			4,20			31,80	0,000
	EMPATİ	4,53			4,37			4,47			4,19			45,35	0,000
Hayır	F. VARLIKLAR	4,15	81	26,8%	3,71	177	30,2%	4,22	273	40,6%	3,62	167	39,2%	102,62	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,49			4,17			4,35			4,08			24,31	0,000
	AÇIKLIK	4,51			4,24			4,40			3,98			43,57	0,000
	GÜVEN	4,54			4,26			4,43			4,12			29,32	0,000
	NEZAKET	4,57			4,31			4,49			4,02			41,44	0,000
	EMPATİ	4,57			4,29			4,47			3,99			37,23	0,000

Aynı kurumdan daha önce hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi, hizmetin farklı boyutlarına göre değerlendirildiğinde; üniversite hastanelerinde algılanan hizmet kalitesi, her boyut için en düşük değerleri almıştır. Ortaya çıkan durum, aynı şekilde ilgili kurumdan ilk defa hizmet alanlar için de geçerlidir.

İlgili hastaneden ilk defa hizmet alan hastalarla, daha önce de hizmet almış olan hastaların farklı kalite boyutlarına göre algıladıkları hizmet kalitesi kendi aralarında karşılaştırıldığında; üniversite hastanelerinden ilk defa hizmet alan hastaların kalite algılarının, daha önce bu hastanelerden hizmet alanlara göre daha düşük çıktığı görülmektedir. Aynı durum kamu eğitim araştırma hastaneleri için de geçerlidir.

Ancak bu durum kamu genel dal hastanelerinde tam tersidir. Bir diğer deyişle kamu genel dal hastanelerinde o kurumdan ilk defa hizmet alan hastaların (fiziksel varlıklar hariç) boyutlar bazında algıladıkları hizmet kalitesi, daha önce o kurumdan hizmet alanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 31’de farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının, gelir durumlarına göre boyut bazında hizmet kalite algıları incelenmiştir. Elde edilen değerler incelendiğinde; birçok gelir grubu açısından, hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre boyutlar bazında hizmet kalite algıları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p < 0,05$ ). Sadece 3001 ve üzeri gelir grubunda güven boyutu ile 2.250-3000 TL gelir grubunda güvenirlilik ve açıklık boyutlarında bu farklar anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 31: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Aylık Geliri	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
750 TL ve daha az	F. VARLIKLAR	4,08	105	37,0%	4,07	203	35,4%	4,23	66	9,5%	3,68	106	25,5%	36,48	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,40			4,34			4,42			4,11			17,14	0,001
	AÇIKLIK	4,43			4,41			4,41			4,03			25,00	0,000
	GÜVEN	4,42			4,37			4,50			4,17			16,76	0,001
	NEZAKET	4,48			4,50			4,47			4,21			16,78	0,001
	EMPATİ	4,48			4,49			4,53			4,13			20,63	0,000
751 TL – 1.500 TL	F. VARLIKLAR	4,22	117	41,2%	3,77	229	39,9%	4,20	193	27,8%	3,65	154	37,1%	77,66	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,45			4,22			4,46			4,07			31,47	0,000
	AÇIKLIK	4,45			4,31			4,47			4,00			39,94	0,000
	GÜVEN	4,54			4,27			4,45			4,08			33,78	0,000
	NEZAKET	4,52			4,28			4,43			4,02			29,01	0,000
	EMPATİ	4,58			4,25			4,46			4,01			36,90	0,000
1.501 TL – 2.250 TL	F. VARLIKLAR	4,15	53	18,7%	3,66	106	18,5%	4,21	224	32,3%	3,68	76	18,3%	72,47	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,51			4,18			4,32			4,05			24,86	0,000
	AÇIKLIK	4,50			4,28			4,39			4,02			33,41	0,000
	GÜVEN	4,55			4,28			4,39			4,20			17,91	0,000
	NEZAKET	4,54			4,38			4,46			4,15			21,97	0,000
	EMPATİ	4,58			4,44			4,44			4,17			15,99	0,001
2.251 TL – 3.000 TL	F. VARLIKLAR	4,03	5	1,8%	3,20	26	4,5%	4,24	119	17,2%	3,76	53	12,8%	35,31	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,18			4,37			4,29			4,24			0,88	0,829
	AÇIKLIK	4,20			3,93			4,38			4,18			13,26	0,004
	GÜVEN	4,24			4,34			4,38			4,29			0,90	0,824
	NEZAKET	4,56			4,01			4,46			4,21			9,07	0,028
	EMPATİ	4,30			4,17			4,50			4,16			10,42	0,015
3.001 TL ve daha fazla	F. VARLIKLAR	4,33	4	1,4%	3,68	10	1,7%	4,34	91	13,1%	3,71	26	6,3%	19,87	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,69			4,24			4,44			4,09			9,60	0,022
	AÇIKLIK	4,89			4,32			4,53			3,99			16,49	0,001
	GÜVEN	4,85			4,37			4,57			4,38			5,39	0,145
	NEZAKET	4,85			4,40			4,62			4,05			17,37	0,001
	EMPATİ	4,75			4,50			4,62			4,17			13,52	0,004

Değişik gelir gruplarına göre kurum türleri arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde; en düşük gelir grubunda yer alan katılımcılar için özel hastanelerin fiziksel varlıklar boyutu, diğer kurum türlerine göre daha yüksek olarak algılanmıştır. Bu grupta sırayı daha sonra kamu genel dal ve kamu

eğitim araştırma hastaneleri almaktadırlar. Üniversite hastaneleri ise en düşük kalitede algılanmıştır.

En yüksek gelir grubunda yer alanlar için özel hastaneler ve kamu genel dal hastanelerinin fiziksel kalitesi birbirlerine yakın ve en yüksek seviyededir. Bu grupta kamu eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri en düşük değerleri almışlardır.

Fiziksel varlıklar açısından kamu eğitim ve üniversite hastaneleri ile kamu genel dal ve özel hastanelerin birbirlerine yakın değerler almaları, her gelir düzeyinde görülebilmektedir.

Hizmet kalitesinin diğer boyutlarında bu tür bir genelleme yapabilmek uygun görünmemektedir. Tablodan da görülebileceği üzere her bir gelir grubunda farklı boyutlar, farklı kurum türlerine göre ön plana çıkmaktadır.

Tablo 32'de farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının, hizmetlerin farklı boyutları için kalite algıları sosyal güvencelerine göre incelenmiştir.

Hastanelerden hizmet alan farklı sosyal güvenceye sahip hastaların, kurum türleri arasında ortaya çıkan kalite algı farkları, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Sadece masrafları özel sigorta ile karşılanan hastalarda güvenilirlik boyutu ile masraflarını kendisi karşılayan grupta güven ve nezaket boyutlarında kurum türleri arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 32: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Masrafların Karşılama Durumu (Sosyal Güvence)	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Devlet Kurumu	F. VARLIKLAR	4,14	290	94,2%	3,86	553	92,6%	4,18	402	57,1%	3,67	369	86,4%	126,43	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,44			4,27			4,35			4,10			50,75	0,000
	AÇIKLIK	4,45			4,33			4,38			4,04			75,96	0,000
	GÜVEN	4,51			4,32			4,41			4,18			50,26	0,000
	NEZAKET	4,51			4,37			4,44			4,13			59,53	0,000
	EMPATİ	4,54			4,36			4,46			4,12			62,16	0,000
Özel Sigorta	F. VARLIKLAR	4,33	14	4,5%	3,71	25	4,2%	4,33	159	22,6%	3,85	21	4,9%	27,42	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,49			4,20			4,44			4,17			7,30	0,063
	AÇIKLIK	4,61			4,27			4,53			4,00			14,03	0,003
	GÜVEN	4,48			4,26			4,49			4,00			9,56	0,023
	NEZAKET	4,53			4,28			4,53			3,89			12,42	0,006
	EMPATİ	4,39			4,28			4,55			3,98			11,29	0,010
Kendisi	F. VARLIKLAR	4,53	4	1,3%	3,39	19	3,2%	4,25	143	20,3%	3,78	37	8,7%	31,27	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,63			4,04			4,40			4,09			7,95	0,047
	AÇIKLIK	4,58			4,23			4,42			4,09			8,08	0,044
	GÜVEN	4,65			4,21			4,42			4,21			4,54	0,209
	NEZAKET	4,60			4,09			4,48			4,18			3,83	0,280
	EMPATİ	4,75			4,16			4,46			4,04			10,90	0,012

Farklı sosyal güvencelere sahip katılımcıların yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde ilk göze çarpan husus; kamu genel dal hastanelerinde hastane masraflarına hastanın maddi katkısı arttıkça, başta fiziksel varlıklar boyutu olmak üzere, neredeyse tüm boyutlarda hizmet kalitesinin daha yüksek olarak değerlendirildiğidir. Bu durum kamu eğitim araştırma hastanelerinde tam tersidir. Bir diğer deyişle masraflara yapılan katkı arttıkça tüm boyutlarda da hizmet kalite algısı düşmektedir.

Hasta profillerine göre yapılan diğer bir değerlendirme ise, farklı kurum türlerinden hizmet alanların eğitim durumlarına göre algıladıkları hizmet kalitesi için ortaya konulmuştur (Tablo 33). Elde edilen sonuçlara göre;



okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olanlarla, lisansüstü eğitime sahip olan katılımcılar için kurum türlerine göre boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Lisansüstü eğitim alanlarda fiziksel varlıklar ve empati boyutları arası farklar ile ilköğretim, lise ve fakülte mezunlarında ortaya çıkan farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Farklı eğitim düzeylerinde boyutlar temelinde, kurum türlerine göre farklılıklar incelendiğinde; aralarında anlamlı farklılıklar bulunan kurum türleri arasında tüm eğitim düzeylerinde de özel hastanelerin fiziksel kalitesi en yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Aynı durum fiziksel olmayan diğer boyutlar açısından ele alındığında; ilköğretim mezunlarında özel hastaneler en yüksek kalitede algılanırken, lise ve dengi mezunlarda ise kamu genel dal hastaneleri en yüksek değerleri elde etmişlerdir.

**Tablo 33: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Eğitim Durumu	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Okur-Yazar Değil	F. VARLIKLAR	3,92	23	7,4%	4,07	56	9,2%	4,56	9	1,3%	3,93	16	3,7%	6,23	0,101
	GÜVENİLİRLİK	4,22			4,30			4,55			4,22			1,05	0,788
	AÇIKLIK	4,31			4,38			4,76			4,13			6,37	0,095
	GÜVEN	4,32			4,31			4,69			4,28			5,99	0,112
	NEZAKET	4,37			4,52			4,40			4,15			3,24	0,356
	EMPATİ	4,43			4,38			4,56			4,13			4,05	0,256
Okur-Yazar	F. VARLIKLAR	4,16	39	12,5%	3,91	50	8,2%	4,26	13	1,8%	3,84	10	2,3%	6,00	0,111
	GÜVENİLİRLİK	4,49			4,28			4,23			4,43			3,22	0,358
	AÇIKLIK	4,51			4,32			4,19			4,13			5,11	0,164
	GÜVEN	4,62			4,28			4,35			4,38			7,06	0,070
	NEZAKET	4,56			4,33			4,34			4,28			2,95	0,399
	EMPATİ	4,63			4,37			4,38			4,30			6,44	0,092
İlköğretim	F. VARLIKLAR	4,17	118	37,8%	3,98	212	34,8%	4,34	77	10,7%	3,83	135	31,2%	35,47	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,42			4,29			4,49			4,23			10,44	0,015
	AÇIKLIK	4,43			4,40			4,53			4,08			27,99	0,000
	GÜVEN	4,44			4,37			4,50			4,22			8,79	0,032
	NEZAKET	4,48			4,46			4,61			4,16			20,78	0,000
	EMPATİ	4,47			4,41			4,66			4,16			21,66	0,000
Lise ve dengi	F. VARLIKLAR	4,23	102	32,7%	3,80	200	32,8%	4,23	295	41,0%	3,61	123	28,4%	93,40	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,55			4,28			4,43			4,05			44,53	0,000
	AÇIKLIK	4,52			4,31			4,46			4,04			47,86	0,000
	GÜVEN	4,61			4,32			4,46			4,11			40,71	0,000
	NEZAKET	4,57			4,34			4,46			4,12			30,05	0,000
	EMPATİ	4,60			4,38			4,47			4,15			26,15	0,000
Fakülte/ Yükseköğretim	F. VARLIKLAR	4,08	26	8,3%	3,40	84	13,8%	4,18	272	37,8%	3,60	128	29,6%	88,95	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,22			4,14			4,31			4,00			18,50	0,000
	AÇIKLIK	4,42			4,11			4,39			4,02			32,78	0,000
	GÜVEN	4,44			4,18			4,39			4,13			18,33	0,000
	NEZAKET	4,42			4,03			4,46			4,09			35,24	0,000
	EMPATİ	4,54			4,08			4,44			4,04			33,37	0,000
Lisansüstü	F. VARLIKLAR	3,63	4	1,3%	3,79	7	1,1%	4,34	53	7,4%	3,66	21	4,8%	14,11	0,003
	GÜVENİLİRLİK	4,31			4,32			4,39			4,11			3,99	0,262
	AÇIKLIK	4,36			4,57			4,39			4,01			5,61	0,132
	GÜVEN	4,10			4,26			4,49			4,22			6,07	0,108
	NEZAKET	4,25			4,51			4,48			4,08			6,08	0,108
	EMPATİ	4,50			4,57			4,56			3,95			9,83	0,020

Tablo 34'te, farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kalitenin her bir boyutu için, ikamet durumlarına göre hizmet kalite algıları görülmektedir. Elde edilen sonuçlara incelendiğinde, hizmet alınan hastaneyle aynı şehirde ya da farklı şehirlerde ikamet eden hastalar için kurum türlerine göre algılanan hizmet kalitesi arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 34: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların İkamet Durumlarına Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

İkamet Durumu	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Ankara	F. VARLIKLAR	4,15	261	88,5%	3,83	453	78,6%	4,22	465	74,5%	3,61	244	58,1%	146,25	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,42			4,28			4,37			4,03			55,81	0,000
	AÇIKLIK	4,45			4,34			4,44			4,02			77,33	0,000
	GÜVEN	4,49			4,33			4,43			4,14			45,16	0,000
	NEZAKET	4,48			4,36			4,50			4,08			59,45	0,000
	EMPATİ	4,51			4,38			4,50			4,07			60,19	0,000
Ankara Dışı	F. VARLIKLAR	4,17	34	11,5%	3,83	123	21,4%	4,23	159	25,5%	3,80	176	41,9%	45,07	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,47			4,27			4,37			4,20			9,90	0,019
	AÇIKLIK	4,50			4,30			4,38			4,08			21,86	0,000
	GÜVEN	4,58			4,24			4,42			4,24			14,39	0,002
	NEZAKET	4,60			4,33			4,43			4,21			13,19	0,004
	EMPATİ	4,63			4,24			4,45			4,15			22,35	0,000

İkamet etme durumlarına göre algılanan hizmet kaliteleri boyutlar temelinde değerlendirildiğinde, özel ve kamu genel dal hastaneleri, kamu eğitim araştırma ve üniversite hastanelerine göre daha yüksek kalitede algılanmaktadırlar.

Hizmet alan hastaların hizmet aldıkları kurumdan farklı bir ilde ikamet etmeleri açısından, kamu genel dal ve üniversite hastanelerinden hizmet alanlar değerlendirildiğinde, il dışından gelen hastalar, sunulan hizmetleri tüm boyutlar için de daha kaliteli olarak algılamışlardır.

Kurumların fiziksel kalitesi, tüm kurum türleri için, il dışından gelen hastalarda daha yüksek kalitede algılanırken; fiziksel olmayan diğer boyutlar kamu eğitim araştırma ve özel hastanelerde, şehir dışından gelen hastalarca daha düşük algılanmıştır.

**Tablo 35: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Hastanede Kalış Süresi	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
1-3 Gün	F. VARLIKLAR	4,08	132	43,3%	3,81	195	32,5%	4,23	480	68,2%	3,84	128	31,3%	77,69	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,40			4,24			4,41			4,14			29,12	0,000
	AÇIKLIK	4,43			4,32			4,46			4,11			42,45	0,000
	GÜVEN	4,52			4,30			4,46			4,16			39,20	0,000
	NEZAKET	4,47			4,31			4,50			4,21			29,75	0,000
	EMPATİ	4,57			4,33			4,51			4,16			39,69	0,000
4-6 Gün	F. VARLIKLAR	4,23	76	24,9%	3,88	168	28,0%	4,25	161	22,9%	3,64	63	15,4%	42,27	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,49			4,24			4,36			3,94			27,98	0,000
	AÇIKLIK	4,48			4,34			4,40			3,94			24,41	0,000
	GÜVEN	4,51			4,30			4,40			4,09			15,16	0,002
	NEZAKET	4,50			4,39			4,46			4,09			11,45	0,010
	EMPATİ	4,53			4,37			4,44			4,05			15,37	0,002
7 ve üzeri	F. VARLIKLAR	4,18	97	31,8%	3,86	237	39,5%	4,13	63	8,9%	3,63	218	53,3%	47,07	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,45			4,32			4,29			4,14			16,64	0,001
	AÇIKLIK	4,48			4,32			4,29			4,04			28,52	0,000
	GÜVEN	4,49			4,32			4,40			4,20			12,17	0,007
	NEZAKET	4,57			4,38			4,29			4,11			28,04	0,000
	EMPATİ	4,51			4,36			4,39			4,11			18,61	0,000

Yukarıdaki tabloda farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kalış sürelerine göre boyutlar temelinde hizmet kalite algıları incelenmiştir. Hastanelerden hizmet alanların kurum türlerine göre hizmet kalite algıları arasındaki farklar, tüm kalış sürelerinde de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Kurum türlerine göre farklı boyutlardaki kalite algıları incelendiğinde, yatış süresi 6 gün ve altında olan hastalar, özel hastanelerdeki fiziksel varlıkları daha yüksek kalitede algılamaktadırlar. Diğer yandan 6 günden fazla kalış süresine sahip hastalar, kamu genel dal hastanelerindeki fiziksel varlıkları daha yüksek kalitede algılamaktadırlar.

Fiziksel olmayan boyutlarda ise, ilk 3 günde özel hastanelerin sundukları hizmetler daha kalite algılanırken, 3 günden sonraki süreçte kamu genel dal hastanelerindeki hizmetlerin kalitesi daha yüksek algılanmaktadır.

Farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının branş türlerine göre hizmet kalite boyutlarına dair algılarının incelendiği aşağıdaki tabloda; her iki branş türünde ortaya çıkan farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 36: Farklı Kurum Türlerinden Hastaların Hizmet Aldıkları Branş Türlerine Göre Hizmet Kalite Boyutu Algıları**

Branş Türü	Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
		Boyutlar	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Dahili Branş	F. VARLIKLAR	4,17	241	51,3%	3,82	266	42,0%	4,22	278	38,1%	3,56	251	55,2%	116,73	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,45			4,26			4,38			4,07			32,28	0,000
	AÇIKLIK	4,44			4,30			4,44			4,00			54,08	0,000
	GÜVEN	4,46			4,29			4,41			4,13			20,87	0,000
	NEZAKET	4,49			4,37			4,47			4,09			36,31	0,000
	EMPATİ	4,50			4,35			4,49			4,12			31,72	0,000
Cerrahi Branş	F. VARLIKLAR	4,11	228	48,7%	3,85	368	58,0%	4,23	451	61,9%	3,86	204	44,8%	91,66	0,000
	GÜVENİLİRLİK	4,39			4,27			4,38			4,14			26,41	0,000
	AÇIKLIK	4,41			4,34			4,43			4,12			46,03	0,000
	GÜVEN	4,44			4,32			4,45			4,22			27,11	0,000
	NEZAKET	4,46			4,34			4,47			4,19			28,44	0,000
	EMPATİ	4,51			4,35			4,47			4,12			33,46	0,000

Kurumlar arası ortaya çıkan farklar, branş türlerine göre ayrı ayrı incelendiğinde; her iki branş türü için, özel hastanelerdeki fiziksel varlıklar boyutunun en yüksek kalitede algılandığı görülmektedir.

Üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin kalitesi tüm boyutlar için her iki branş türünde de en düşük seviyede algılanmaktadır. Ancak üniversite hastanelerinde cerrahi branşlarda sunulan hizmetlerin kalitesi, dâhili branşlarda sunulan hizmetlerle karşılaştırıldığında göreceli olarak daha yüksek algılanmaktadır. Bu durum diğer kurum türlerinde farklılıklar göstermekle birlikte fiziksel varlıklar boyutu, kamu eğitim araştırma hastaneleri hariç olmak üzere, cerrahi branşlarda daha yüksek seviyede algılanmaktadır.

Yukarıdaki bölümlerde algılanan hizmet kalitesi ile kalitenin alt boyutlarına yönelik olarak ortaya konulan sonuçlar, farklı kurum türleri arasında çıkan farklılıkların, ele alınan değişkenlerin büyük bir bölümü açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunması ile sonuçlanmıştır. Çalışmanın sonraki bölümünde, araştırmanın amacına uygun olacak şekilde, kurum türleri ile hasta tatmin düzeyleri arasındaki farklılıklar ele alınacaktır.

Tatmin düzeylerinin hasta profillerine göre incelemesinin yapılmasını takiben, sonraki bölümü izleyen başlıkta, algılanan hizmet kalitesi ile hasta tatmin düzeyleri arasındaki korelasyon sonuçları değerlendirilecektir.

#### 4.2.3. Kurum Türleri ve Hasta Tatmin Düzeyleri

Çalışmanın bu bölümünde; hasta tatmin düzeylerinin kurum türlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği, eğer gösteriyorsa farklılıkların ne şekilde gerçekleştiği incelenecektir.

**Tablo 37: Kurum Türlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türleri	n	Hasta Tatmin Düzeyleri
Kamu Genel Dal Hastaneleri	469	4,3522
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	634	4,2021
Özel Hastaneler	729	4,2928
Üniversite Hastaneleri	455	3,9657
<b>Genel Toplam</b>	<b>2287</b>	<b>4,2144</b>

Hasta tatmin düzeyleri açısından kurum türleri karşılaştırıldığında, kamu genel dal hastanelerinden hizmet alan hastaların tatmin düzeylerinin en yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Özel hastanelerin ise, kamu genel dal hastanelerinden sonra ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Üniversite hastaneleri, daha önceki bölümlerde ortaya konulan algılanan kalite sonuçlarıyla benzer şekilde, diğer kurum türleriyle karşılaştırıldığında tatmin düzeyleri açısından son sırada yer almaktadır.

Farklı kurum türlerinden hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri karşılaştırıldığında elde edilen sonuçların, algılanan kalite sonuçlarıyla benzer olduğu görülmektedir.

Hasta tatmin düzeyleriyle, aynı hastaların algıladıkları kalite sonuçları karşılaştırıldığında ortaya çıkan tek farklılık; algılanan kalite düzeyleri açısından ilk sırada olan özel hastanelerin, hasta tatmin düzeyleri açısından kamu genel dal hastanelerinden sonra gelmiş olmasıdır. Karşılaştırmalı sonuçlar aşağıdaki tabloda görülmektedir.

**Tablo 38: Algılanan Kalite ve Hasta Tatmininin Kurum Türlerine Göre Karşılaştırılması**

Kurum Türleri	n	Algılanan Hizmet Kalitesi	Hasta Tatmin Düzeyleri
Kamu Genel Dal Hastaneleri	469	4,4028	4,3522
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	634	4,2402	4,2021
Özel Hastaneler	729	4,4044	4,2928
Üniversite Hastaneleri	455	4,0455	3,9657
<b>Genel Ortalama</b>	<b>2287</b>	<b>4,2872</b>	<b>4,2144</b>

Hizmet alınan kurum türlerine göre tatmin düzeyleri için, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığının tespitine yönelik olarak Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

**Tablo 39: Kurum Türlerine Göre Algılanan Hasta Tatmini Test İstatistikleri**

Ki-kare	57,040
p değeri	0,000

Hasta tatmini ile kurum türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $X^2=57,040$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığın hangi kurum türlerinde ortaya çıktığını test etmek ve kurum türlerini ikili olarak karşılaştırmak için Mann-Whitney Testleri yapılmıştır. Test sonuçları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 40: Hasta Tatmin Düzeylerinde Kurum Türleri Arası Farkların İkili Karşılaştırılma Testleri**

Kurum Türleri	Kamu Genel Dal Hastaneleri		Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri		Özel Hastaneler		Üniversite Hastaneleri	
	u	p	u	p	u	p	u	p
Kamu Genel Dal Hastaneleri	-	-	178.119,50	0,699	190.294,00	0,008	107.010,00	0,000
Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri	178.119,50	0,699	-	-	215.055,50	0,022	117.724,50	0,000
Özel Hastaneler	190.294,00	0,008	215.055,50	0,022	-	-	124.898,50	0,000
Üniversite Hastaneleri	107.010,00	0,000	117.724,50	0,000	124.898,50	0,000	-	-



Kurum türlerine göre hasta tatmin düzeyleri açısından ortaya çıkan farklar, özel ve üniversite hastanelerinden kaynaklanmaktadır. Çünkü Mann-Whitney sonuçları değerlendirildiğinde, kamu-eğitim araştırma ve kamu-genel dal hastaneleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $u=178.119,5$ ;  $p>0,05$ ) diğer yandan kamu hastaneleri ile özel hastaneler ve üniversite hastaneleri arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu durumda kamu eğitim araştırma hastaneleri ve kamu genel dal hastanelerindeki hasta tatmin düzeylerinin, özel hastanelerden düşük ve üniversite hastanelerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ifade edilebilecektir. Elde edilen sonuçlar, aynı kurumlar arasındaki algılanan hizmet kalitesi farkları açısından da paralellik göstermektedir.

Hatırlanacağı üzere algılanan hizmet kalitesi ile ilgili önceki bölümde yapılan testlerde, özel hastaneler ile kamu genel dal hastaneleri birbirlerine çok yakın değerlerde en yüksek kalite düzeyinde hizmet veriyorlarken; üniversite hastaneleri, kamu ve özel hastanelerle karşılaştırıldığında en düşük hizmet kalitesi puanına ulaşmışlardı. Farklılıkların anlamlılığı açısından da sonuçlar aynı çıkmış; özel-kamu-üniversite hastaneleri arasında ortaya çıkan farklar istatistiksel olarak anlamlıyken, kamu-genel dal ve kamu-eğitim araştırma hastaneleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşamamıştı.

Ortaya çıkan sonuçlar açısından, algılanan hizmet kalitesi ile hasta tatmin düzeyleri arasındaki paralelliğin istatistiksel olarak aynı sonuçları verip vermeyeceğine bakılmak üzere, daha sonraki bölümlerde korelasyon testleri yapılmıştır. Ancak bu ilişkiyi ortaya koymadan önce, farklı profillere sahip hastaların tatmin düzeyleriyle ilgili bulgulara yer verilecektir.

#### 4.2.3.1. Kurum Türlerine Göre Hasta Profiline Hasta Tatmini Düzeyleri

Bu bölümde, hastanelerden hizmet alanların farklı profil yapıları için kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenecektir.

**Tablo 41: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
Kadın	<b>4,42</b>	199	63,6%	<b>4,20</b>	417	67,7%	<b>4,27</b>	405	56,2%	<b>3,92</b>	269	61,4%	58,67	0,000
Erkek	<b>4,40</b>	114	36,4%	<b>4,20</b>	199	32,3%	<b>4,33</b>	316	43,8%	<b>4,03</b>	169	38,6%	24,07	0,000

Yukarıdaki tabloda farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre tatmin düzeyleri incelenmektedir. Sonuçlar, cinsiyetlerine göre hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının farklı kurum türlerindeki tatmin düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya koymaktadır ( $p < 0,05$ ).

Farklılıklar incelendiğinde, farklı kurum türlerine göre hizmet alan kadın ve erkeklerin tatmin düzeyleri üniversite hastanelerinde en düşük seviyededir. Üniversite hastanelerinde erkeklerin tatmin düzeyleri kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.

En yüksek hasta tatmini ise hem kadın ve hem de erkeklerde kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmıştır. Kamu genel dal hastanelerinde kadınların hasta tatmin düzeyleri erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır.

Farklı kurum türlerinden hizmet alan hastaların yaş gruplarına göre tatmin düzeylerinin incelendiği aşağıdaki tabloda; 55 yaşının altındaki tüm yaş gruplarında, hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0,05$ ). 55 yaşın üstündeki yaş gruplarında, kurum türleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 42: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
18-25	<b>4,62</b>	21	7,3%	<b>4,14</b>	93	18,5%	<b>4,16</b>	71	10,4%	<b>3,72</b>	54	13,4%	28,25	0,000
26-35	<b>4,38</b>	59	20,5%	<b>3,99</b>	125	24,9%	<b>4,31</b>	242	35,3%	<b>3,85</b>	113	28,1%	34,98	0,000
36-45	<b>4,47</b>	75	26,0%	<b>4,18</b>	81	16,1%	<b>4,26</b>	191	27,9%	<b>4,00</b>	82	20,4%	20,24	0,000
46-55	<b>4,30</b>	43	14,9%	<b>4,08</b>	73	14,5%	<b>4,34</b>	96	14,0%	<b>4,04</b>	52	12,9%	10,36	0,016
56-65	<b>4,43</b>	56	19,4%	<b>4,37</b>	57	11,3%	<b>4,27</b>	50	7,3%	<b>4,24</b>	61	15,2%	2,28	<b>0,515</b>
65 üstü	<b>4,36</b>	34	11,8%	<b>4,36</b>	74	14,7%	<b>4,41</b>	35	5,1%	<b>4,23</b>	40	10,0%	1,83	<b>0,607</b>

Kurum türlerine göre her bir yaş grubundaki tatmin düzeyleri değerlendirildiğinde, üniversite hastanelerinden hizmet alan hastaların tatmin düzeylerinin, diğer tür hastane gruplarına göre daha düşük düzeyde gerçekleştiği görülmektedir. Diğer yandan en yüksek tatmin düzeyleri kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmaktadır.

Tatmin düzeyleri yaş gruplarına göre ele alındığında; üniversite hastanelerindeki hastaların yaşları arttıkça tatmin düzeylerinin arttığı görülürken, kamu genel dal hastanelerinde ise tersi bir durumun söz konusu olduğu görülmektedir. Kamu genel dal hastanelerinde en yüksek tatmin düzeyi, en genç grupta ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 43: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aynı Hastaneden Daha Önce Hizmet Alma Durumlarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%		
<b>Aynı Hastaneye Daha Önce Gelme Durumu</b>														
Evet	<b>4,44</b>	221	73,2%	<b>4,22</b>	410	69,8%	<b>4,31</b>	399	59,4%	<b>4,00</b>	259	60,8%	53,55	0,000
Hayır	<b>4,36</b>	81	26,8%	<b>4,13</b>	177	30,2%	<b>4,26</b>	273	40,6%	<b>3,89</b>	167	39,2%	26,75	0,000

Yukarıdaki tabloda, farklı kurum türlerinden hizmet alan hastaların aynı hastaneden daha önce hizmet alma durumlarına göre tatmin düzeyleri görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre, hizmet alınan hastaneye ilk defa gelen veya daha önce ilgili hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının, farklı kurum türlerindeki tatmin düzeyleri arasında ortaya çıkan farklar anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Her iki grupta da en yüksek tatmin düzeyi kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmıştır. En düşük tatmin düzeyi ise üniversite hastanelerindedir.

Tablo incelendiğinde ortaya çıkan bir diğer sonuç, hastanelerden daha önce hizmet alan hastaların, ilk defa hizmet alan hastalara göre daha yüksek tatmin düzeyine sahip olmalarıdır.

Tablo 44'te farklı kurum türlerinden hizmet alan hastaların gelir durumlarına göre tatmin düzeyleri karşılaştırılmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre 2.251-3000 TL gelir grubu hariç tüm gelir grupları açısından hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 44: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Aylık Geliri	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
750 TL ve daha az	<b>4,34</b>	105	37,0%	<b>4,34</b>	203	35,4%	<b>4,29</b>	66	9,5%	<b>3,94</b>	106	25,5%	22,58	0,000
751 TL – 1.500 TL	<b>4,38</b>	117	41,2%	<b>4,08</b>	229	39,9%	<b>4,19</b>	193	27,8%	<b>3,89</b>	154	37,1%	24,97	0,000
1.501 TL – 2.250 TL	<b>4,53</b>	53	18,7%	<b>4,22</b>	106	18,5%	<b>4,28</b>	224	32,3%	<b>3,93</b>	76	18,3%	27,89	0,000
2.251 TL – 3.000 TL	<b>4,20</b>	5	1,8%	<b>3,88</b>	26	4,5%	<b>4,28</b>	119	17,2%	<b>4,18</b>	53	12,8%	4,99	<b>0,173</b>
3.001 TL ve daha fazla	<b>4,67</b>	4	1,4%	<b>4,30</b>	10	1,7%	<b>4,52</b>	91	13,1%	<b>3,92</b>	26	6,3%	18,22	0,000

Ankete katılan hastalar aylık gelirlerine göre değerlendirildiklerinde istatistiksel olarak anlamlı olan her bir gelir grubunda en yüksek tatmin düzeyine kamu genel dal hastanelerinde ulaşıldığı görülmektedir. Üniversite hastanelerinde durum tam tersidir. Kamu genel dal hastanelerinden hizmet alan hastalarda ise, aylık gelir arttıkça tatmin düzeyi de artmaktadır.

**Tablo 45: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Masrafların Karşılama Durumu (Sosyal Güvence)	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Devlet Kurumu	<b>4,41</b>	290	94,2%	<b>4,22</b>	553	92,6%	<b>4,27</b>	402	57,1%	<b>3,97</b>	369	86,4%	62,45	0,000
Özel Sigorta	<b>4,57</b>	14	4,5%	<b>4,11</b>	25	4,2%	<b>4,38</b>	159	22,6%	<b>3,86</b>	21	4,9%	12,77	0,005
Kendisi	<b>4,42</b>	4	1,3%	<b>3,91</b>	19	3,2%	<b>4,27</b>	143	20,3%	<b>3,88</b>	37	8,7%	7,75	<b>0,052</b>

Farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının sosyal güvencelerine göre tatmin düzeylerinin incelendiği Tablo 45'te; hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasında, masrafları kendisi karşılayanlar hariç, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

Masrafların karşılanma şekline göre her bir hasta grubunda en yüksek tatmin düzeyi kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkarken, en düşük tatmin düzeyi üniversite hastanelerinde ortaya çıkmıştır.

Üniversite hastanelerinde masrafları devlet tarafından karşılanan hastaların tatmin düzeyleri en yüksek çıkarken, aynı durum kamu eğitim araştırma hastanelerinde de geçerlidir. Kamu genel dal hastanelerinde özel bir sigorta şirketince karşılanan hastalarda en yüksek tatmin düzeyine ulaşıyorken, aynı durum özel hastanelerde de geçerlidir.

Hastanelerden hizmet alan hastaların eğitim durumlarına göre tatmin düzeyleri Tablo 46'da incelenmektedir. Elde edilen sonuçlara göre, okuryazar olmayan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasında farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Diğer eğitim düzeylerinde ise kurum türleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Kurum türleri, hastanelerden hizmet alanların eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında; fakülte/yüksekokul mezunlarına kadar kamu genel dal hastanelerinden hizmet alanlar en yüksek tatmin düzeyine sahiplerken, lisansüstü eğitim almış olan hastalar açısından en yüksek tatmin düzeyi özel hastanelerde elde edilmiştir.

**Tablo 46: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Eğitim Durumu	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Okur-Yazar Değil	<b>4,29</b>	23	7,4%	<b>4,49</b>	56	9,2%	<b>4,52</b>	9	1,3%	<b>4,38</b>	16	3,7%	3,12	<b>0,373</b>
Okur-Yazar	<b>4,46</b>	39	12,5%	<b>4,09</b>	50	8,2%	<b>4,28</b>	13	1,8%	<b>4,23</b>	10	2,3%	8,50	0,037
İlköğretim	<b>4,41</b>	118	37,8%	<b>4,34</b>	212	34,8%	<b>4,39</b>	77	10,7%	<b>4,02</b>	135	31,2%	20,74	0,000
Lise ve dengi	<b>4,46</b>	102	32,7%	<b>4,15</b>	200	32,8%	<b>4,24</b>	295	41,0%	<b>3,91</b>	123	28,4%	35,10	0,000
Fakülte/Yüksekokul	<b>4,35</b>	26	8,3%	<b>3,90</b>	84	13,8%	<b>4,29</b>	272	37,8%	<b>3,90</b>	128	29,6%	31,57	0,000
Lisansüstü	<b>3,92</b>	4	1,3%	<b>4,10</b>	7	1,1%	<b>4,40</b>	53	7,4%	<b>3,79</b>	21	4,8%	12,56	0,006

Tüm gruplarda da hizmet alan hastaların en düşük tatmin düzeyinde oldukları üniversite hastanelerinde, eğitim düzeyi arttıkça tatmin düzeyi düşmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının ikamet durumlarına göre farklı kurum türleri için tatmin düzeyleri ise aşağıdaki tabloda görülmektedir. Hizmet alınan hastaneyle aynı ilde veya farklı bir ilde ikamet eden hastalar için kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasında ortaya çıkan farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 47: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların İkamet Durumlarına Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	İkamet Durumu	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Ankara	<b>4,40</b>	261	88,5%	<b>4,19</b>	453	78,6%	<b>4,33</b>	465	74,5%	<b>3,91</b>	244	58,1%	69,60	0,000
Ankara Dışı	<b>4,42</b>	34	11,5%	<b>4,18</b>	123	21,4%	<b>4,23</b>	159	25,5%	<b>4,04</b>	176	41,9%	9,19	0,027

Hizmeti aldıkları hastaneden farklı bir ilde ikamet eden hastalar ile aynı ilde ikamet eden hastalar açısından en yüksek tatmin düzeyi kamu genel dal hastanelerinde ortaya çıkmıştır. Bu kurumlarda Ankara dışından gelen hastaların tatmin düzeyleri Ankara'da ikamet edenlere göre daha yüksektir. Aynı durum üniversite hastaneleri için de geçerlidir.

**Tablo 48: Farklı Kurum Türlerinden Hizmet Alan Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Hastanede Kalış Süresi	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
1-3 Gün	<b>4,38</b>	132	43,3%	<b>4,15</b>	195	32,5%	<b>4,30</b>	480	68,2%	<b>3,96</b>	128	31,3%	33,39	0,000
4-6 Gün	<b>4,43</b>	76	24,9%	<b>4,25</b>	168	28,0%	<b>4,33</b>	161	22,9%	<b>4,03</b>	63	15,4%	8,33	0,040
7 ve üzeri	<b>4,41</b>	97	31,8%	<b>4,22</b>	237	39,5%	<b>4,20</b>	63	8,9%	<b>3,96</b>	218	53,3%	28,06	0,000

Hasta ve hasta yakınlarının kalış sürelerine göre tatmin düzeylerinin incelendiği yukarıdaki tabloya göre, tüm kalış sürelerinde de hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasında farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Tüm kurum türlerinde de hastanede kalış sürelerine göre hasta tatmin düzeyleri önce artmakta sonra azalmaktadır.

**Tablo 49: Farklı Kurum Türlerinden Hastaların Hizmet Aldıkları Branş Türlerine Göre Hasta Tatmin Düzeyleri**

Kurum Türü	Kamu Genel Dal Hastaneleri			Kamu Eğitim - Araştırma Hastaneleri			Özel Hastaneler			Üniversite Hastaneleri			Ki-Kare	p
	Branş Türü	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n	%	Puanı	n		
Dâhili Branş	<b>4,37</b>	241	51,3%	<b>4,22</b>	266	42,0%	<b>4,28</b>	278	38,1%	<b>3,88</b>	251	55,2%	47,50	0,000
Cerrahi Branş	<b>4,32</b>	228	48,7%	<b>4,19</b>	368	58,0%	<b>4,30</b>	451	61,9%	<b>4,07</b>	204	44,8%	18,75	0,000



Son olarak farklı kurum türlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının branş türlerine göre tatmin düzeylerinin incelendiği Tablo 49'a göre; her iki branş türünde de, hastanelerden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının kurum türlerine göre tatmin düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Hastaların cerrahi ya da dâhili bir branştan hizmet alma durumlarına göre tatmin düzeyleri incelendiğinde, kamu genel dal hastanelerinden hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri, dâhili ve cerrahi branşların her ikisinde de, diğer hastane türlerine göre daha yüksek çıkmıştır.

Eğitim ve genel dal kamu hastanelerinden hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri dâhili branşlarda daha yüksek iken, özel hastaneler ile üniversite hastanelerinde cerrahi branşlardan hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.

#### 4.2.4. Algılanan Hizmet Kalitesi ve Boyutları ile Hasta Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Sonuçları

Algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmin düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek üzere iki değişken arasında korelasyon testleri yapılmıştır. Elde edilen test sonuçları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 50: Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Düzeyleri**

		ALGILANAN HİZMET KALİTESİ	HASTA TATMİN DÜZEYİ
ALGILANAN HİZMET KALİTESİ	Pearson Korelasyon	1	0,702
	Sig. (2-tailed)		0
	N	2287	2287
HASTA TATMİN DÜZEYİ	Pearson Korelasyon	0,702	1
	Sig. (2-tailed)	0	
	N	2287	2287

Elde edilen sonuçlara göre algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmin düzeyleri arasında yüksek ve pozitif yönlü korelasyon mevcut olduğu ( $r=0,702$ ) ve aralarındaki pozitif yüksek korelasyonun anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,01$ ). Sonuçlara göre; algılanan hizmet kalitesi yüksek olan kurumlarda, yüksek düzeyde hasta tatmininin gerçekleştiği söylenebilecektir.

Algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmin düzeyi arasındaki pozitif yönlü yüksek ilişkinin, hizmet kalitesinin hangi boyutları arasında ortaya çıktığı aşağıdaki tablodaki korelasyon düzeyleri incelendiğinde görülebilecektir.

**Tablo 51: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Hasta Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Düzeyleri**

		HASTA TATMİN DÜZEYİ
FİZİKSEL VARLIKLAR	Pearson Korelasyon	0,579
	Sig. (2-tailed)	0
	N	2287
GÜVENİLİRLİK	Pearson Korelasyon	0,511
	Sig. (2-tailed)	0
	N	2287
AÇIKLIK	Pearson Korelasyon	0,623
	Sig. (2-tailed)	0
	N	2287
GÜVEN	Pearson Korelasyon	0,605
	Sig. (2-tailed)	0
	N	2287
NEZAKET	Pearson Korelasyon	0,656
	Sig. (2-tailed)	0
	N	2287
EMPATİ	Pearson Korelasyon	0,618
	Sig. (2-tailed)	0
	N	2287

Tablo 51'de ortaya konulan sonuçlara göre, her bir hizmet kalite boyutu ile hasta tatmin düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ( $p < 0,01$ ).

Her bir boyutun hasta tatmin düzeyleri ile aralarındaki korelasyonun gücü ele alındığında ise, en yüksek korelasyonun nezaket boyutu ile olduğu görülmektedir ( $r=0,656$ ). Nezaket boyutundan sonra, hasta tatmin düzeyleri ile en yüksek korelasyon sırasıyla açıklık ( $r=0,623$ ) ve empati ( $r=0,618$ ) boyutlarında ortaya çıkmaktadır. Hasta tatmin düzeyi ile en düşük korelasyona sahip hizmet kalite boyutu güvenilirlik boyutudur ( $r=0,511$ ).

## SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, halkın kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sınırsızca ve sistematik olarak faydalandırılması, bilgi teknolojilerinin sağlık sistemine uyarlanması, hasta güvenliği ve tatmininin birincil önemde yer alması yönündeki çalışmalar artarak sürmektedir.

Sağlık alanında ortaya konulan yukarıdaki bakış açısı içinde, hastane türü her ne olursa olsun, artan rekabet şartları ve hasta odaklı yaklaşımların ön plana çıkması, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite olgusunun ya da bir diğer deyişle kaliteli sağlık hizmet sunumunun önemini artırmaktadır. Kaliteye verilen önemin artmasının arka planında yatan gerekçeler, literatürde yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir. Hizmet kalitesi alanında yapılan birçok araştırma, hizmet kalitesinin işletmenin performansı ile (Zeithaml vd.,1996; Boulding vd.,1993) ve müşteri tatminiyle (Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1993;Taylor ve Baker,1994) ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı şekilde hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların, sunulan hizmetlerin kalitesiyle ilgili algılarının tatmin düzeyleri ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Varinli vd., 1999; Güllülü vd. 2000; ve Williams ve Calnan, 1991).

Hastaların algıladıkları kalitenin, hastanelerde sunulan hizmetler açısından hangi alt boyutlardan oluşacağı da literatürde kapsamlı olarak tartışılmış bir konudur. Özellikle Parasuraman ve arkadaşlarının 1985 ve 1988 yıllarındaki hizmet kalitesi çalışmalarından sonra hastanelerde hizmet kalitesi boyutları ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır.

Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, sağlık alanında kullanılan hizmet kalitesi boyutları genellikle fiziksel olanaklar, kaynaklar, kabul, maliyet, güven, empati, güvenilirlik, sorumluluk, yiyecek, süreklilik gibi boyutlardan oluşmaktadır (Clemes ve diğ.,2001). Daha önceki bölümlerde açıklanan algılanan hizmet kalitesi ile ilgili modellerde görüleceği üzere, sağlık

hizmetlerinde kalitenin belirleyicisi önemli ölçüde insan faktörüdür. Bunlar; doktorlar, hemşireler, destek hizmetleri veren diğer personel (hasta kabul, kayıt vb.), hastaların hizmet kalitesi algılamaları, sağlık hizmetinin sunumunda rol alan personelin bilgi, beceri vb. özelliklerine dayanmaktadır.

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi ile ilgili olarak, hastaların algıladıkları kaliteyi değerlendirmede Servqual ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Servqual ölçeğinden farklı olarak Cronin ve Taylor, hizmet kalitesini “beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark” temelinde ölçmek yerine; sadece hizmet üreticisi tarafından ortaya konulan “performans”a dayalı olarak ölçecek yeni bir ölçüm modeli olan Servperf Hizmet Kalitesi Modelini geliştirmişlerdir (Cronin ve Taylor 1992; 1994).

Hastanelerde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili Türkiye’de de yapılan birçok araştırma mevcuttur. Araştırmalarda, yine servqual ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı görülmekte, sadece performans ölçümü ile yapılan çalışmalara da rastlanmaktadır. Ortaya konulan tüm çalışmalar birlikte ele alındığında, kullanılan ölçek ne olursa olsun, sağlık hizmetlerinde algılanan kalite ve hasta tatmini ile ilgili, farklı hastane türlerine göre ne tür farkların ortaya çıktığı oldukça sınırlı araştırılmış bir konudur (Engin ve Sevinç, 2005; Yağcı ve Duman 2006; Yıldız ve Erdoğan, 2004).

Sağlık hizmetlerinde algılanan kalitenin değerlendirilmesinin artan öneminin yanı sıra, yukarıdaki çalışmalar da dikkate alındığında farklı hastane türlerine göre kapsamlı ve karşılaştırmalı olarak yapılacak bir araştırmanın önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmüştür. Çalışmada, ele alınan bakış açısıyla; kamu, özel ve üniversite hastanelerinden hizmet alan hastaların hizmet kalite algılarının ve tatmin düzeylerinin, hizmetleri aldıkları hastane türlerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği ve farklılıkların hizmet kalitesinin alt boyutları, hasta tatmini ve hasta profilleri ile ilişkileri araştırılmıştır.

Ankara merkezde yer alan kamu (genel dal ve eğitim araştırma), özel ve üniversite hastane türlerinde toplam 21 hastanede 2.287 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmadan önemli bulgular elde edilmiştir.

Elde edilen verilerle yapılan testler sonucunda; hastaların farklı hastane türlerine göre hizmet kalitesi algıları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Kurum türleri arasında ortaya çıkan farkların özellikle özel ve üniversite hastanelerinden kaynaklandığı görülmektedir. Çünkü kamu genel dal ve kamu eğitim araştırma hastaneleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı genel dal hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri, her ne kadar (personel yapısı, bütçe, ek ödeme sistemi, sağlık hizmetlerinin kompleksliği vb.) birçok bakımdan farklılıklar gösterebilir de, ortaya çıkan sonuç, sonraki araştırmalarda kamu hastanelerinde eğitim araştırma ve genel dal hastaneleri ayrımının algılanan hizmet kalitesi açısından göz ardı edilebileceği yönündedir.

Kurum türleri arasındaki algılanan hizmet kalite farkları değerlendirildiğinde; özel hastaneler ve kamu genel dal hastanelerinde sunulan hizmetlerin, diğer türdeki hastanelerde sunulan hizmetlere göre daha yüksek kalitede algılandıkları görülmektedir. Kamu genel dal ve özel hastaneler arasındaki algılanan kalite farkının çok düşük olması dikkat çekicidir. Üniversite hastanelerinde algılanan hizmet kalitesi, diğer hastane türlerine göre en düşük düzeydedir. Buradan yola çıkarak, üniversite hastanelerinde görevli yöneticilerin hastanelerindeki kalite faaliyetlerine daha çok özen göstermeleri gerektiği sonucuna ulaşılabilecektir.

Çalışmada ayrıca araştırmaya katılan hastaların, hizmet aldıkları farklı kurum türlerine göre tatmin düzeyleri karşılaştırılmış ve elde edilen farkların anlamlı olup olmadıklarına bakılmıştır. Yapılan testler, hastane türleri arası farkların tatmin düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Hasta tatmin düzeyleri açısından kurum türleri

karşılaştırıldığında, kamu genel dal hastanelerinden hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri en yüksek çıkarken, ardından sırayı özel hastaneler almaktadır. Üniversite hastaneleri ise, algılanan kalite sonuçlarıyla paralel olarak, diğer kurum türleriyle karşılaştırıldığında son sırada yer almaktadır.

Hastaların tatmin düzeyleri karşılaştırmalarından elde edilen sonuçlar, algılanan kalite sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Ancak kalite algısı ve tatmin düzeyleri karşılaştırıldığında ortaya çıkan tek farklılık; algılanan kalite düzeyleri açısından çok az farkla ilk sırada olan özel hastanelerin, hasta tatmin düzeyi açısından kamu genel dal hastanelerinden sonra gelmiş olmasıdır.

Algılanan kalitenin hastane türleri arasında ortaya çıkan farklılıkları, hasta profillerine göre de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; cinsiyetler dikkate alındığında kadınların erkeklere, yaş grupları dikkate alındığında ise gençlerin daha yaşlılara göre hizmet kalite algıları daha düşük çıkmıştır. Bu durum kadınların ve gençlerin, hizmet kalitesine ilişkin yaptıkları değerlendirmelerde daha seçici ve dikkatli oldukları şeklinde yorumlanabilecektir.

Hastaların tatmin düzeyleri de hasta profillerine ve kurum türlerine göre karşılaştırılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlara göre, kamu genel dal hastanelerinde kadınların hasta tatmin düzeyleri erkeklere göre daha yüksek çıkmış, kamu eğitim araştırma hastanelerinde ise kadın ve erkeklerin eşit tatmin düzeylerinde oldukları görülmüştür. Özel hastaneler ile üniversite hastanelerinde, erkeklerin tatmin düzeyleri kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kurum türlerine göre her bir yaş grubundaki tatmin düzeyleri incelendiğinde, üniversite hastanelerindeki hastaların yaşları arttıkça tatmin düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Kamu genel dal hastanelerinde

ise tersi bir durum söz konusudur. Kamu genel dal hastanelerinde en yüksek tatmin düzeyi en genç grupta ortaya çıkmaktadır.

Çalışmadan elde edilen diğer bir sonuca göre, hastanelerden ilk defa hizmet alan hastaların kalite algıları, daha önce aynı hastaneden hizmet alan hastalara göre daha düşüktür. Özellikle eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde ön plana çıkan durum, ilgili hastanelerden hizmet alan hastaların kalite beklentilerinin çok yüksek olması şeklinde değerlendirilebilecektir. Kamu genel dal hastanelerinde ise durum tam tersidir. İlk defa hizmet alan hastaların algıladıkları kalite, daha önce hizmet alan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların, hizmet aldıkları kurumlardan daha önce hizmet alma durumlarına göre tatmin düzeyleri karşılaştırıldığında ise; hastanelerden daha önce hizmet alan hastaların, ilk defa hizmet alan hastalara göre daha yüksek tatmin düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Aynı durum algılanan kalite sonuçlarıyla da paralellik göstermektedir.

Araştırmada, hastaların gelir gruplarına göre algıladıkları kalite ile ilgili değerlendirmeler de yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, en yüksek gelir grubunda yer alan hastaların kalite algılarının, diğer gelir gruplarında yer alan hastalara göre daha yüksek olduğu şeklindedir. Kalitenin yüksek gelir gruplarında yüksek algılanması durumunun kamu, özel veya üniversite hastanelerinde farklılık göstermiyor olması, hizmet sunumunda hastanın gelir seviyesinin önemli bir faktör olduğu yönünde yorumlanabilecektir.

Gelir grupları, hastaların tatmin düzeyleri açısından ele alındığında; en yüksek gelir grubunda yer alan hastaların tatmin düzeyleri, kalite algılarıyla paralel olarak, diğer gelir gruplarında yer alan hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca, kamu genel dal hastanelerinden hizmet alan hastaların aylık gelirleri arttıkça, tatmin düzeylerinin de arttığı görülmektedir.



Özel hastanelere ve eğitim araştırma hastanelerine Ankara dışından gelerek hizmet alan hastaların hizmet kalite algılarının, Ankara'daki hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Günümüzde özel hastanelerin neredeyse tüm illerde yaygınlaşması ve yüksek kalitede hizmet sunuyor olmaları, hastaların kalite beklentilerini olumlu yönde etkilemektedir. Aynı bakış açısıyla değerlendirildiğinde; çalışmadan elde edilen sonuç, yaşadığı şehirden farklı bir şehre sağlık hizmeti almak için gelen bir hastanın, hastane hizmetlerinin yaygınlaşmasının da etkisiyle, daha yüksek bir beklenti içinde olması ile açıklanabilecektir. Eğitim araştırma hastaneleri sadece büyük şehirlerde hizmet verdiklerinden, şehir dışından gelen hastalar, bu hastanelerden, daha yüksek bir beklenti içinde hizmet almaktadırlar.

Kurum türleri, kurumlardan hizmet alanların eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında; kamu genel dal hastanelerinden hizmet alanlar, fakülte/yüksekokul mezunlarına kadar en yüksek tatmin düzeyi ve kalite algısına sahiplerken, lisansüstü eğitim almış olan hastalar açısından en yüksek tatmin düzeyi ve kalite algısı özel hastanelerde elde edilmiştir. Üniversite hastanelerinde ise, eğitim düzeyi arttıkça tatmin düzeyi düşmektedir.

Hastaların hizmet aldıkları hastanelerde kalış sürelerine göre tatmin düzeyleri değerlendirildiğinde ise, tüm kurum türleri için hasta tatmin düzeyleri kalış sürelerine göre önce artmakta, daha sonra azalmaktadır. Bir diğer deyişle hastanelerden gereğinden erken ya da geç taburcu olduklarını hissetmelerine göre, hastaların tatmin düzeyleri düşmektedir. Hastaların hizmet aldıkları hastanelerde en yüksek tatmin düzeyine ulaştıkları kalış gün sayısı 4 ile 6 gün arasındadır. Aynı kurumlardan hizmet alanların algıladıkları kalite düzeyleri değerlendirildiğinde ise, hastanelerde 3 güne kadar kalan hastaların en yüksek kalite algısı özel hastaneler için ortaya çıkmaktadır. Ancak kalış süreleri uzadıkça özel hastanelerden hizmet alanların algıladıkları kalite düzeyi azalmaktadır. Hastanelerde 4 günden fazla sürede

kalan hastalar ise, kamu genel dal hastanelerinin kalite düzeyini daha yüksek algılamaktadırlar.

Hizmet kalitesi alanında yapılan birçok çalışmada, hizmet kalitesinin müşteri tatminiyle ilişkili olduğu daha önce belirtilmişti. Aynı şekilde, hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların da, sunulan hizmetlerin kalitesiyle ilgili algıları, tatmin düzeyleri ile yakından ilişkilidir (Varinli vd., 1999; Güllülü vd. 2000; ve Williams ve Calnan, 1991).

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, yukarıda belirtilen çalışmaları desteklemektedir. Araştırmanın son bölümünde, algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmin düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek üzere, iki değişken arasında korelasyon testleri yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmin düzeyleri arasında yüksek ve pozitif yönlü korelasyon mevcuttur ( $r= 0,702$ ). Aynı zamanda aralarındaki pozitif yüksek korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,01$ ). Belirtilen sonuçlara bakılarak, algılanan hizmet kalitesinin yüksek olduğu kurumlarda, yüksek düzeyde hasta tatmininin gerçekleşeceği söylenebilecektir.

Algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmin düzeyi arasındaki pozitif yönlü yüksek ilişkinin, hizmet kalitesinin hangi boyutları arasında ortaya çıktığı da ayrıca değerlendirilmiştir. Hasta tatmini ile en yüksek korelasyon düzeyi, nezaket boyutu ile ortaya çıkmıştır ( $r=0,656$ ). Nezaket boyutundan sonra, hasta tatmin düzeyleri ile en yüksek korelasyona sahip boyutlar sırasıyla açıklık ( $r=0,623$ ) ve empati ( $r=0,618$ ) boyutlarıdır. Hasta tatmin düzeyi ile en düşük korelasyona sahip hizmet kalite boyutu ise, güvenilirlik boyutudur ( $r=0,511$ ).

Çalışmada, algılanan hizmet kalite farklarının, kalitenin hangi boyutlarında nasıl farklılaştığı da farklı kurum türlerine göre incelenmiştir. Kurumlar arası farklılıklar boyutlar bazında ele alındığında, tüm hastane

türlerinde en düşük kalite algısı, kalitenin fiziksel varlıklar boyutunda ortaya çıkmaktadır. Özellikle üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde fiziksel varlıklara yönelik kalite algıları, diğer hastane türleriyle karşılaştırıldığında, daha düşüktür. Türler arasında fiziksel varlıkları en yüksek kalitede algılanan hastane türü, özel hastanelerdir.

Kalitenin fiziksel olmayan boyutları değerlendirildiğinde ise; kamu hastaneleri ve özel hastanelerde nezaket ve empati boyutlarının, üniversite hastanelerinde ise güven boyutunun kendi içlerinde en yüksek olarak algılandığı görülmektedir. Ancak güven boyutu ile diğer fiziksel olmayan boyutlar açısından en yüksek kalite algısı, farklı kurum türleri ile karşılaştırıldığında, kamu genel dal hastanelerinde görülmektedir. Sırayı daha sonra özel hastaneler almaktadır.

Türkiye’de kamuya ait hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta tatminini ölçen farklı çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmaların bir kısmında, kamuya ait hastanelerdeki sunulan hizmetlerin kalitesi hakkında, hastalarda negatif bir algı olduğunu ortaya konulmaktadır (Devebakan, 2003). Ancak tez çalışması kapsamında yapılan araştırma ile elde edilen bulgular sonucunda, özellikle kamu genel dal hastanelerinin, özel hastanelerle aynı düzeyde kaliteli olarak algılandıkları ve hatta hasta tatmini açısından daha yüksek tatmin düzeylerine ulaştıkları söylenebilecektir. Diğer yandan, kalitenin alt boyutları incelendiğinde, fiziksel kalite açısından kamu hastanelerinin hâlâ özel hastanelerin gerisinde kaldığı görülmektedir.

Kamu hastaneleri lehine elde edilen sonuçların pratik hayattaki gerekçeleri araştırıldığında ise, Sağlık Bakanlığı’nın 2005 yılından itibaren sağlık kurumlarında başlattıkları kalite çalışmaları dikkatleri çekmektedir.

Bakanlık, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik olarak hazırladığı 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan Hizmet Kalite Standartları (HKS) setini 2005 yılından

itibaren kamu hastanelerinde uygulamakta ve değerlendirmektedir. 2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmalarının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. Hizmet Kalite Standartları (HKS) setinin uygulanma sahasına 2009 yılından sonra özel hastaneler dâhil edilmeye başlanmış, 2012 yılından itibaren üniversite hastanelerinin de dâhil edileceği öngörülmektedir.

Ülkemizde faaliyet gösteren sağlık kurumlarında, sunulan hizmetlerin kalitesinden nihai fayda sağlayacak olan bireylerin, bir diğer deyişle sağlık hizmeti alanların, alınan hizmetler sonucunda sağlıklı olarak yaşamlarını sürdürmeleri, sağlık sisteminin nihai hedefi olarak ifade edilebilir. Ancak, hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanakları diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta, yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir (Kavuncubaşı, Esatoglu, 1998: 270). Sağlıkta kalite ya da hastaların yetersiz bilgilerinden dolayı değerlendiremedikleri kalitenin teknik boyutu, daha çok alanında uzman kişilerin ya da kurumsal bir yapıda faaliyet gösteren kalite denetçilerinin sorumluluk alanına girmektedir.

Klinik kalite ya da literatürde teknik kalite olarak adlandırılan alanın kapsamı dışında kalan değerlendirmeler ise, daha çok sağlık hizmetlerinin “nasıl” sunulduğuyla ilgili alanları ifade etmektedir. Bir diğer deyişle, hastaların hizmet kalite algısını belirleyen noktalar daha çok konunun teknik boyutunun dışında kalan hasta-doktor ilişkisi ve/veya hastane ortamı gibi dolaylı nitelikteki kriterler olmaktadır (Bowers vd., 1994; Ettinger, 1998 ve Donabedian, 1988). İşte tam bu noktada, hastaların sunulan hizmetleri nasıl algıladıkları ön plana çıkmaktadır. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurum sayısının çok olması ve kurumlar arasında rekabet şartlarının zorlaşması gibi faktörlere bağlı olarak, hastanın beklentilerini yeterince karşılayamayan

kurumların rekabet avantajlarını kaybetmeleri de dikkate alındığında, algılanan hizmet kalitesinin önemi iyice artmaktadır.

Sunulan çerçeve ile çalışmadan elden edilen bulgular bir arada değerlendirildiğinde, hastane yöneticilerine önerilecek birçok husus bulunmaktadır. Örneğin, hastaların algıladıkları kalite ve tatmin düzeyleri açısından ele alındığında; üniversite hastanelerinde görevli yöneticilerin hastanelerindeki kalite faaliyetlerine diğer hastane türlerine göre daha çok özen göstermeleri gerektiği sonucuna ulaşılabilecektir.

Hasta profilleri dikkate alındığında ise, özellikle üniversite hastanelerinin, kadınları ve genç yaştaki hasta profilini kalite iyileştirmeleri konusunda odak noktası yapmaları önerilebilecektir. Özellikle hastaların tatmin düzeyleri açısından incelendiğinde üniversite hastanelerinin genç hastalara, kamu genel dal hastanelerinin ise yaşlı hastalarına gösterecekleri özen, hastalarının tatmin düzeylerine katkı sağlayacaktır.

Kurumlardan ilk defa hizmet alan hastalara yönelik olarak; danışma hizmetleri, yönlendirme uygulamaları vb. alanlarda yer alan fiziksel unsurlar ile hastane personelini kapsayacak şekilde ortaya konulacak iyileştirme faaliyetleri, hastanelerin algılanan kalitesini arttıracaktır.

Şehir dışından gelen hasta yakınlarının özellikle konaklama ihtiyaçları göz önüne alındığında, konaklamaya yönelik tedbirlerin geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Konuyla ilgili olarak hastane yöneticilerine; kurumlarına şehir dışından başvuran hasta yakınlarının konaklamalarına ve ulaşımına yönelik olarak yönlendirme, bilgilendirme vb. destek faaliyetleri önerilebilecektir. Ayrıca, bekleme salonları, kantin vb. hastane içi alanlarda da yapılacak iyileştirmeler, şehir dışından gelen hasta yakınları açısından kaliteyi arttıracak bir unsur olacaktır.

Kalitenin alt boyutları incelendiğinde hastane yöneticilerinin, kurumlarının fiziksel alt yapılarında hasta odaklı iyileştirmeleri ön plana çıkarmaları gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır. Otopark imkânları, teknolojinin çağa uygun olması, oda ve tuvaletlerin temizliği gibi unsurlar, hastanelerden hizmet alanların rahatlıkla ve tartışmasız olarak değerlendirdikleri alanlardır. Dolayısıyla, yöneticilerin fiziksel unsurlarla ilgili olarak daha hassas olmaları gerekmektedir.

Kalitenin fiziksel olmayan unsurları açısından ise; güven, nezaket, empati gibi boyutlar ayrı ayrı özen gösterilmesi gereken noktalar. Üniversite hastanelerinin eğitici kadrosu ve genel personel yapısı dikkate alındığında, hastaların hekimlere ve diğer personele güven duymaları anlamlıdır. Ancak üniversite hastanelerinde daha kaliteli olarak algılanan güven boyutunun, nezaket ve empati gibi kalitenin diğer boyutlarıyla da desteklenmesi gerektiği söylenebilecektir.

Kamu genel dal hastanelerinin ve özel hastanelerin ise, nezaket ve empati boyutları açısından güçlü oldukları görülmektedir. Ancak, kamu hastaneleri ve özel hastanelerde de güven boyutunun geliştirmeye açık bir alan olması, hastane yöneticilerinin gerekli tedbirleri alması açısından dikkat çekmektedir.

Yukarıda ele alınan kavramların sektör açısından taşıdıkları önem dikkate alınarak değerlendirildiğinde; araştırmadan elde edilen sonuçlar, bundan sonraki çalışmalara da ışık tutacaktır. Ülkemizde farklı hastane türleri arasında ortaya çıkan ve çalışmada detaylarıyla değerlendirilen kalite ve hasta tatmini farkları ile bunların alt gerekçeleri, başta Bakanlık politikaları olmak üzere, hastane yöneticilerine, hastanelerde kalite alanında çalışan personel ile alanda çalışan akademisyenlere önemli ipuçları verecektir. Ortaya konulan sonuçların, nihayetinde hastanelere bir şekilde başvuran tüm hastaların daha kaliteli hizmet almaları ve memnun olarak ayrılmaları açısından, değerli olduğu düşünülmektedir.

**KAYNAKÇA**

- ABDULLAH, F. **Measuring Service Quality in Higher Education: HEdPERF versus SERVPERF**, Marketing Intelligence & Planning, Vol:24, No:1, 2006, s. 31-47.
- ACUNER, S. Akın, **Bir Hizmet Kalitesi Ölçüm Metodu Olarak SERVQUAL**, Anahtar, Ağustos, 2004 s.6-7.
- AKAR, Çetin, ÖZALP, Hüseyin; **Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim**, Ankara, Somgür Yayıncılık, 1997
- AKBABA, Atilla, **Konaklama İşletmelerinde Kalite Fonksiyon Göçerimi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2003
- ALTUNIŞIK, R., Coşkun, R., Yıldırım, E. & Bayraktaroğlu, S., **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**. Sakarya Kitabevi: Sakarya,2002.
- ANDERSON, Elizabeth A., **Measuring Service Quality at a University Healthclinic**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 8 (2),2005, s:32–37.
- ANDERSON, Elizabeth A., ZWELLİNG, Leonard A., **Measuring Service Quality at The University of Texas M.D Cancer Center**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 9 (7), 1996, s:9-22.

- ARPACI T., AYHAN D.Y., BÖGE E., TUNCER D. ve ÜNER M. M., **Pazarlama**, Gazi Yayınları, Ankara, 1992
- ASUNAKUTLU, Tuncer, **Sağlık Hizmetlerinde Kalite**, (Erisim) <http://www.sobiadacademy.net/sobem/e-kamuyonetim/kamuda-kalite/asuna.pdf> , 07. 12.2010
- ATAN, Murat, BAŞ, Mehmet, TOLON, Metehan, **Servqual Analizi ile Supermarketlerde Hizmet Kalitesinin Olculmesine Yonelik Bir Alan Çalışması**. Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi, <http://w3.gazi.edu.tr/web/metehan/6.pdf>, 08.12. Aralık 2010
- BABAKUS, E., MANGOLD, G. W., **Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation**, Health Services Reseach, 26 (6), 1992, s: 767-786.
- BAMERT, T.; P.P. WEHRLI, **Service Quality As An Important Dimension of Brand Equity in Swiss Services Industries**, Managing Service Quality. Vol:2, No:2. 2005, s.132-141
- BAŞ, Türker., **Anket**, Seçkin Yayınları: Ankara, 2005
- BERND, Status, **Using the Critical Incident Technique in Measuring and Managing Service Quality**, Service Quality Handbook, With Contributions From 57 International Experts, Ed.,Scheuing and William F. Christopher, AMACOM, American Management Association, New York, 1993. s.408-428.
- BITNER, M.J., **Evaluating Service Encounters' Effects of Physical Surroundings and Employee Responses**, Journal of Marketing, 54 (April),1990, 1990, s.69–82.



- BITNER, M.J. and A.R. HUBBERT, **Encounter Satisfaction Versus Overall Service Satisfaction Versus Quality**, in Rust, R. T. and Oliver, R. L. (Ed.), *Services Quality: New Directions in Theory and Practice*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 1994, s. 72–92.
- BOLTON, R.N. and J.H. DREW, **Linking Customer Satisfaction to Service Operations and Outcomes**, in Rust, R. T. and Oliver, R. L. (Ed.), *Services Quality: New Directions in Theory and Practice*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 1994, s. 173–200.
- BOULDING, W., A. KARLA, R. STAELIN, V.A. ZEITHAML, **A Dynamic Process Model of Service Quality: from Expectations to Behavioral Intentions**”, *Journal of Marketing Research*, (February), 1993, s. 7–27.
- BOWERS, M.R., J.E. SWAN and W. KOEHLER, **What Attributes Determine Quality and Satisfaction With Health Care Delivery**, *Health Care Management Review*, 19 (4), ,1994, s. 49–55.
- BRADY, M. K., J. J. CRONIN and R. R. BRAND, **Performance-Only Measurement of Service Quality: A Replication and Extension**, *Journal of Business Research*, 55 (1), 2002 ,s. 17-31.
- BROGOWICZ, A.A., DELENE, L.M. & LYTH, D.M. 1990, **'A Synthesised Service Quality Model with Managerial Implications'**, *International Journal of Service Industry Management*, vol. 1, no. 1, pp. 27-45.
- BUTTLE, F., **Servqual: Review, Critique, Research Agenda**, *European Journal of Marketing*, Vol:30, No:1, 1995, s.8-32

- BUYRUK, Lütfi, **Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesi ve Otel İlgörenlerinin Hizmet Kalitesini Algılamaları Konusunda Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,1999
- CAMILLERI, D. and O'Callaghan, M., '**Comparing Public And Private Care Service Quality**', International Journal of Health Care Quality Assurance, 11 (4), 1998, s.127-133.
- CARMAN, J.M., **Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of SERVQUAL Dimensions**, Journal of Retailing, 66(1), 1990, s.33-35.
- CARMAN, James M., **Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions**, Journal of Management of Medicine,v.14, n.5/6, 2000, s.339-356.
- CARUANA, A., Ewing, M. T. & Ramaseshan, B., **Assessment of the Three- Column Format SERVQUAL: An Experimental Approach**. Journal of Business Research, 49, 2000,s.57-65.
- CHANG,W., Wei, C. ve Huang, N., **An Approach to Maximize Hospital Service Quality under Budget Constraints**. Total Quality Management Vol. 17, No. 6, 2006, s.757–774
- CHEN, Shun-Hsing , Dr. Joseph Yung T. Jou , Ming-Hon Hwang **Establishment of Performance Evaluation Model for the Bank Industry Service Quality**, 12-ICIT 9-11/4/07 in RoC, Paper 06-05 s.1-5

- Choi Kui-Son, Woo-Hyun Cho, Sunhee Lee, Hanjoon Lee and Chankon Kim, **The Relationships among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study**, Journal of Business Research, 2004, s.913-921.
- CLEMES, M.D., Ozanne, L.C. ve Laurensen, W.L., **Patients' Perceptions of Service Quality Dimensions: An Empirical Examination of Health Care in New Zealand**, Health Marketing Quarterly, Vol. 19(1) 2001
- CONWAY, T., WILLCOCKS, S., **The Role of Expectations in the Perception of Health Care Quality: Developing a Conceptual Model**, International Journal of Health Care Quality, 10(3), 1997, s:131-140.
- COWELL, D., **The Marketing Of Services**, William Heinemann Ltd., London,1984, s.21'den : Ayşe ÖZTÜRK, **Hizmet Pazarlaması**, Birlik Ofset, Eskişehir, 2000, s.2
- COWELL, Donald, **The Marketing of Services**, Butterworth Heinemann, Lianacre House, Jordan Hill, Oxford,1993.
- CRONİN, J.J., TAYLOR, S.A., **Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension**, Journal of Marketing, 56 (July), 1992, s:55-68.
- CRONİN, J.J., TAYLOR, S.A., **Servperf Versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions Minus-Expectations Measurement of Service Quality**, Journal of Marketing, Vol: 58, No:1, 1994, s:125-131

- CUNNINGHAM SJ, GARRATT A, HUNT NP . **Development Of A Condition-Specific Quality Of Life Measure For Patients With Dentofacial Deformity: I. Reliability Testing.** *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2000.
- ÇAHA, Havva, **Service Quality in Private Hospitals in Turkey,** *Journal of Economic and Social Research* 9(1), 2007, s.55-69
- ÇAHA, Havva., BAYYURT Nizamettin, **Sağlık Hizmetleri Birleştirilmesinden Sonra Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti (İstanbul Örneği),** *Akademik Araştırmalar Dergisi* 2009-2010, sayı 43.,; 2009, s.85-98
- ÇATI, K. ve YILMAZ, A., **Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma,** *Pazarlama Dünyası*, 16 (4), 2002 ,s. 46-53
- ÇİÇEK, Recep, **İlişki Pazarlamasının Uygulaması Ve Hastane Performansına Etkisi Uzerine Bir Arastırma,** İstanbul: Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi Ve Pazarlama Bilim Dalı, 2002.
- ÇORUH, Mithat; **Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Yeri,** Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1994
- DABHOLKAR, P., **A Contingency Framework for Predicting Causality Between Customer Satisfaction and Service Quality,** *Advances in Consumer Research*, 22, 1995, s.101–108.

- DABHOLKAR, P. A.: **Consumer Evaluations of New Technology-based Self-Service Options: An Investigation of Alternative Models**, International Journal of Research in Marketing, 13(1) 1996, s.29-51.
- DEĞERMEN, H. A., **Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati**, İstanbul: Türkmen Kitabevi, Yayın No: 287, Eğitim Dizisi: 108, 2006
- DEMİNG, W.E., **Krizden Çıkış**, Çeviren: Cem Aktaş. Kalder Yayınları , İstanbul, 1998.
- DEMİRKAN, M., **Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Endüstri İlişkileri Sistemine Etkileri**, Sakarya: Değişim Yayınları, 1997.
- DEVEBAKAN, N., **Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü**. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi, İzmir, 2005.
- DEVEBAKAN, N. ve AKSARAYLI, M., **Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması**. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(1), 2003, s. 38-54.
- DİNÇER, Ö. (1996), **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**, Beta Yayınları, 3.Baskı, Yayın no:659, İstanbul.
- DOĞAN, Ö. İ. & Tütüncü, Ö, **Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama**, D.E.Ü. Rektörlük Matbaası: İzmir, 2003.

- DONABEDIAN, A., **The Effectiveness of Quality Assurance**, International. Journal Quality of Health Care, 8 (4),1996, s. 401–407.
- DONEDEBĪAN, Avedis, **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**, 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Michigan,1980
- DURSUN, Yunus; ÇERÇĪ, Meral; **Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma** Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 23, Temmuz-Aralık 2004, ss. 1-16.
- DÜZAKIN, Erkut., **Bilimsel Araştırmalarda Örneklem Büyüklüğü Belirleme**, Pazarlama Dünyası, 19 (1), 2005, s. 62-65.
- EDWARDSSON ,B., **Service Quality Improsement**, Managing Service Quality, Vol 8, No 2, 1998, s. 142-149.
- ENGİN, O. ve SEVİNÇ, A., **Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Konya’da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama**, Verimlilik Dergisi, 3, 2005, s.145-159
- ERTUĞRUL,İ. **Toplam Kalite Kontrol ve Teknikleri**, İstanbul:Ekin Kitapevi 2004
- ETTINGER, W.H. (1998), **Consumer-Perceived Value: The Key to a Successful Business Strategy in the Healthcare Marketplace**, Journal of the American Geriatrics Society, 46 (1), pp. 111–113.

- FITZPATRICK, R. and A. HOPKINS, **A Problem in the Conceptual Framework of Patient Satisfaction Research: An Empirical Exploration**, *Sociology of Health and Illness*, 5 (3), 1983, s. 297–311.
- FROST, F. and M. KUMAR, **INTSERVQUAL-An Internal Adaptation of The Gap Model in A Large Service Organization**, *Journal of Services Marketing*, 14/5, 2000, s.358-377.
- GEDİKLİ, Cüneyt., **Hastanelerde Hizmet Kalitesi** (Yüksek Lisans Tezi), Kayseri: Erciyes Üniversitesi. 1998.
- GHOBADIAN, A., Speller, S. & Jones, M., **Service Quality Concept and Models**. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9), 1994, pp.43-66.
- GRAHAM, Nancy O.; **Quality in Health Care Theory: Application and Evolution, An Aspen Publication**, 1995
- GRONROOS, C., **Service Management And Marketing**, Lexington Books, Lexington, MA,1990
- GRONROOS, C., **A Service Quality Model and Its Marketing Implications**, *European Journal of Marketing*, Vol:18, No:4, 1984 ,s.36-44.
- GÜLLÜLÜ, U., S. ÖZER ve B. CANDAN, **Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması**, 5. Ulusal Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi, 2000, s. 91-109.

- GÜLMEZ, Mustafa, **Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü Ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama**, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 6, Sayı 2, 2005, s.147
- HARCAR, Talha, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Pazarlama Dünyası Dergisi, Sayı:25, 1991, s.38-40.
- HASIN, M.A.A., R. Seluangsawat, M.A. Shareef, **Statistical Measures of Customer Satification for Health Care Quality Assurance: A Case Study**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 14(1),2001, s.6-13.
- HAYRAN, O.; Sur, H.: **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul: Yüce Yayım A.Ş,1998.
- HAYWOOD-FARMER J. **A Conceptual Model Of Service Quality.” International Journal of Operations and Production Management**, Vol.8, No.6, 1987, s.19-29.
- HEADLEY, Dean E., MILLER, Stephen, **Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior**, Journal of HealthCare Marketing, 13(4), 1993, s:32–42.
- HOFFMAN, K.D. ve Bateson, J.E., **Essential of Service Marketing**, The Dryden Press, USA,1997.
- HUSSEY, M.K., **Using The Concept Of Loss: An Alternative SERVQUAL Measure**, The Service Industries Journal, 19 (4), 1999, s.89-101.



- İÇÖZ, Orhan, **Turizm İşletmelerinde Pazarlama: İlkeler ve Uygulamalar**, Turhan Kitabevi: Ankara, 2001
- JAIN, S. K.; G. GUPTA, **Measuring Services Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scale**, Vikalpa, Vol:29, No:2, 2004, s.25-37
- JUWAHEER, T. D., & Kassean H., **Exploring Quality Perceptions Of Health Care Operations: A Study Of Public Hospitals Of Mauritius**, Journal of Hospital Marketing & Public Relations, 16(1/2), 2006, s.89-111.
- KAMÇI, Serap Baycan, **Hastanelerde Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi Örneği**, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2003,
- KANG, Gi-Du ve Jeffrey JAMES, **Service Quality Dimensions: An Examination of Grönroos's Service Quality Model**, Managing Service Quality, v.14, no.4, 2004, s.266-277.
- KANO, Noriaki. Nobuhiko Seraku. Fumio Takahashi ve Shinichi Tsuji. **Attractive Quality and Must-Be Quality**, Hinshitsu 14. No. 2, 1984, s.39-48
- KARA, A. TARIM, M. ZAIM, S. **A Low Performance–Low Quality Trap In The Non-Profit Healthcare Sector In Turkey And A Solution**, TQM & BUSINESS EXCELLENCE, VOL. 14, NO. 10, DECEMBER, 2003, s.1131–1141
- KARA, Ahmet; **Moving Equilibria In The Public Health Care Sector: A Low-Quality Trap And A Resolution**, 16.05.2006

- KARAHAN, Kasım, **Hizmet Pazarlaması**, Birinci Baskı, Beta Basım A.Ş. İstanbul, 2000
- KARASAR, Niyazi, **Bilimsel Araştırma Yöntemi**, Nobel Yayın Dağıtım: Ankara, 1999
- KARATEPE, O. M. ve AVCI, T., **Measuring Service Quality in The Hotel Industry: Evidences From Northern Cyprus. Anotolia**, An International Journal of Tourism and Hospitality Research, 13 (1), 2002, s.19-32.
- KAVRAKOĞLU, İ.: **Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite**, İstanbul: Yapım El Company, Rekabetçi Yönetim Dizisi-1, 1993
- KAVUNCUBAŞI, Şahin, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000
- KAVUNCUBAŞI, Şahin, ESATOĞLU, Afsun Ezel, **Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi**, Hemşirelik ve Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi (Der: Y.Öztürk), Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 1998
- KAYA, Sıdıka; **Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme**, Ankara, Pelikan Yayınları, 2005
- KAYIŞ, Aliye, **Güvenilirlik Analizi, SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, (Editör: Şeref. Kalaycı), Asil Yayın Dağıtım: Ankara, 2005

- KİYMİR, Bülent., **Sağlık Kuruluşları Kalite Yönetimi**, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Kuşadası.Aydın, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 1995.
- KOSKA, M.T., **High Quality Care and Hospital Profits: Is There a Link?** Hospitals, 5 (March), 1990, s. 62–63.
- KOTLER, P. and Armstrong G., **Principles of Marketing**, New Jersey:sixth ed. Prentice Hall İnternational, 1994
- KOTLER, Philip, ARMSTRONG Gary; **The Principles of Marketing**, New Jersey, Prentice Hall, 2001
- KUĞUOĞLU, Sema, Fatma Eti Asian, Gülnur İçli, **Are Patients in Western Turkey Contented With Healthcare Services?**, A Quality Assessment Study : Nurs Care Qual ;Vol, 21, No, 4, pp. 366-371;© Lippincott Williams & Wilkins, Inc., 2006
- KURTULMUŞ, S., **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998
- LAM, Simon S.K., **SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients' Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong**, Total Quality Managment,8 (4), 1997, s:217–231.
- LEHTİNEN, U. & LEHTİNEN, J. R., **Two Approaches to Service Quality Dimensions**, The Service Industries Journal, 11 (3), 1991, s.287-303.
- LEWIS, B.R.; J. ORLEDGE ;V. W. MITCHELL, **Service Quality:Students' Assesment of Banks and Building Societies**, International Journal of Bank Marketing, Vol:12, No:4,1994, s.3-12

- LIM, Puay C., TANG, Nelson K.H., **A Study of Patients' Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 13(7), 2000, s:290-299.
- LIN, Heng, XIRASAGAR, Sudha and LADITKA, James N., **Patient Perceptions of Service Quality in Group Versus Solo Practice Clinics**, International Journal Quality in Health Care, 16(4),2004, s:437–445.
- LU, X. ve Liu, M., **Adapting the SERVQUAL Scale to China Hospitals Services**, IEEE, 2000
- MANGOLD, W. Glynn, BABAKUS, Emin, **Monitoring Service Quality**, Review of Bussiness, 5(4),1990, s:59–70.
- MARK, A., Paulson, A. ve Wallace, W., **Service Quality Assessment of Workers' Compensation Health Care Delivery Programs in New York State Using SERVQUAL**, Health, 2003
- MATTSON, J., **A Service Quality Model Based on an Ideal Value Standart**, International Journal of Service Industry Management, 3(3), 1992, s.18–33.
- MAXWELL, R. J. ; **Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action**, **Quality in Health Care**, Volume 1, No. 3, 1992, s. 171-177
- MCALEXANDER, J.H., KALDENBERG, D.O., **Service Quality Measurement**,Journal of Health Care Marketing, 14 (3), 1994, s. 34–40.

- MCDUGALL, G. H. G., AND LEVESQUE, T., **Customer Satisfaction with Services: Putting Perceived Value into the Equation**, Journal of Services Marketing. 14(5), 2000, s.392-410
- MCGLYNN, Elizabeth A.;“**Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care**, Health Affairs, May/June 1997
- MEI, A. W. O., Dean, A. M. & White, C. J., **Analysing Service Quality in the Hospitality Industry**, Managing Service Quality, 9 (2), 1999 s.136-143.
- MOWEN, J.C., LICATA, J.W., MCPHAIL, J., **Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction**, Journal of Health Care Marketing, 13(2), 1993, s:26–34.
- MUCUK, İ., **Pazarlama İlkeleri**, DER Yayınları 6. Baskı, İstanbul, 1994
- NADİRİ, H. & Hussain, K. **Diagnosing the Zone of Tolerance for Hotel Services. Managing Service Quality**, 15 (3), 2005, s.259-277.
- NEAL, T.Garland; NAOKO, Oyabu ve GENEVIEVE, A. Gipson, **Job Satisfaction Among Nurse Assistants Employed in Nursing Homes: An Analysis of Selected Job Characteristics**, Journal of Aging Studies, Vol.3, No.4, 1994, s.369-370.
- NUNNALLY, Jum C., **Psychometric Theory**. McGraw Hill: New York. 1978
- O’CONNOR, S.J., Trinh, H.Q. ve Shewchuck, R. M., **Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care**

**Service Quality**, Health Care Manage. Rev. 25(2);7-23, Aspen Publishers, 2000

- O'REILLY, P., **Involving Service Users In Defining And Evaluating The Service Quality Of A Disability Service**, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 20 No. 2, pp. 116-129, Emerald Group Publishing Limited, 2007
- ODABAŐI, Y. **SatıŐta ve Pazarlamada MűŐteri İliŐkileri Yönetimi**, İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2000
- OKTAY, E. ve Özçomak, S. **Kalite Kavramındaki GeliŐme**, Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt: 15, Sayı: 3-4, 2001, s.307-328.
- OLIVER, R.L. **A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction**, in T.A. Swartz, D.E. Bowen, and S.W. Brown (Ed.), Advances in Services Marketing and Management Research and Practice, Vol. 2, JAI Press, Greenwich, CT, 1993, s. 65–68.
- OMOCHONU, Vincent K., **Quality of Care and the Patient: New Criteria for Evaluation**, Health Care Management Review, vol. Vol.15, No.4.1990
- ÖZCAN, Cihangir; **Devlet Hastanelerinde TKY'nin Uygulanabilirliği, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997
- ÖZGEN, Hacer; **Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme**, Toplum ve Hekim, 10 (69-70), s. 47-53 Eylül-Aralık 1995

- ÖZGÜLBAŞ, Nermin; **Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995
- ÖZSARI, Haluk, **Sağlık Hizmetlerinde Kalite**, Modern Hastane Yönetimi, Sayı: 3, 1997, s.9
- ÖZTÜRK, A. **Hizmet Pazarlaması**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:3, Eskişehir, 1998
- ÖZTÜRK, M.: **Çağdas Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar**, İstanbul: MTM Yayın No:6. , 2000
- ÖZTÜRK, Sevgi Ayşe, , **Hizmet Pazarlaması**, Ekin Yayınevi, 4. Baskı.2003
- PAKDİL, Fatma; HARWOOD., Timothy: **Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions**, Total Quality Management, Vol. 16, No. 1, January 2005, s.15–30,
- PARASURAMAN, A., Berry Leonard L., Zeithaml Valerie A.; **Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale**, Journal of Retailing, Volume 6, Number 4, s. 420-450, Winter 1991
- PARASURAMAN, A., Zeithaml V.A., Berry L.L. **SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality**, Journal of Retailing, 64(1), 1988, s.12–40.
- PARASURAMAN, A., Zeithaml, V. ve Berry, L.L., **Delivering Service Quality: Balancing Customer Perception and Expectations**, The Free Press, New York, 1990

- PARASURAMAN, A., Zeithaml, Valarie A. ve Berry, Leonard L. **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**, Journal of Marketing, Vol.49, Fall, 1985, s. 41-50.
- PAULA, Adam Di, Long, Roe ve Wiener, Dan E., , **Are Your Patients Satisfied?**, Marketing Health Services, Fall, 22, 3, 2002, s. 28-32.
- PRESS, I., Patient Satisfaction: **Defining, Measuring, And Improving the Experience of Care**, Chicago: Health Administration Pres, 2002.
- RAJU,, P.S. and S.C. LONIAL, **The Impact of Service Quality and Marketing on Financial Performance in the Hospital Industry: An Empirical Examination**, Journal of Retailing and Consumer Services, 9 (6), 2002, s. 335-348
- REIDENBACH, R.E; SANDIFER-SMALLWOOD, Beverly, **Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach**, Journal of Health Care Marketing, 10 (4),1990, s:47–56.
- ROSANDER, A.C., **The Quest for Quality in Services**, ASQC, New York, 1989
- ROSE, R.C., J. Uli, A. Mohani and K. Looı Ng, **Hospital Service Quality: A Managerial Challenge**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 17(3), 2004, s.146-159.
- SAAT, Mesiha, **Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi**, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 3, 1999, s.107–118



- Sağlık Bakanlığı, **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**, 2005. Sayı : 25806
- **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun**; 05.01.1961 Tarih ve Sayı : 224
- SASSER, E., Olsen, P. ve Wyckoff, D.D., **Management of Service Operations: Text, Cases, and Readings**, Allyn and Bacon, Boston, 1978
- SEKARAN, Uma, **Research Methods For Business**. Fourth Edition, John Wiley & Sons: New York, 2003
- SELCEN, D. Ö.Aykaç, S. Aydın , M. Ateş , A. Çetin, **Effects Of Service Quality On Customer Satisfaction And Customer Loyalty: Marmara University Hospital, International Congress On Performance And Quality in Health** (Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi), March 19-21, 2009
- SETH, N. and S.G. Deshmukh, P. Vrat, **Service Quality Models: A Review**, International Journal of Quality and Reliability Management, 22(9), 2005, s. 913-949.
- SEYRAN, C. D., **Hizmet Kalitesi, Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı**, İstanbul: KalDer Yayınları, No: 34, 2004.
- SEZER, Ahmet, **Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Stratejilerinin Müşteri Tatmini Yaratmaya Etkileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999.

- SHEMWELL, D. J. ve YAVAS, U., **Measuring Service Quality İn Hospitals: Scale Development And Managerial Applications**, Journal of Marketing Theory and Practice, 7 (3), 1999, s.65-75
- SKINNER, Steven J., **Marketing**, Boston: Houghton Mifflin Company, 1990
- SÖZEN, Cemil, ÖZDEVECİOĞLU Mahmut, **Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim**, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şirketi ,1999
- STAFFORD, M. R.; V. PRYBUTOK; B.P. WELLS; L. KAPPELMAN, **Assesing The Fit and Stability of Alternative Measures of Service Quality**, The Journal of Applied Business Research, Vol:15, No:2, 1999, s. 13-30
- STUART, F. I. ve S. S. Tax (1996), **Planning for Service Quality: An Integrative Approach**, International Journal of Service, 7(4), 1996, s.58–77.
- ŞEREFKAYA, A.K., **Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü**, SPK Yayınları, No:87, Ankara, 1997
- TAYLOR, S.A. and T.L. BAKER, **An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumers' Purchase Intentions**, Journal of Retailing, 70 (2), 1994, s. 163-178.
- TEAS, R.K., **Expectations as a Comparison Standard in measuring Service Quality : An Assessment of a Reassessment** , Journal of Marketing., Vol .58 , No:1.,1993

- TEK, Ö. Baybars, **Pazarlama İlkeleri**, İstanbul: Beta Basım Yayım A.Ş., 1999
- TEKELİ, Hasan, **Turizm Pazarlaması ve Planlaması**, Detay Yayıncılık: Ankara. 2001
- TRIPP, C., DREA J. T., **Selecting and Promoting Service Encounter Elements in Passenger Rail Transportation**, The Journal of Services Marketing, Vol. 16, No. 5, pp. 432-450, 2002.
- TEZBAŞARAN, A. Ata, **Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu**, Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara, 1997
- TOKER, Fikriye, **Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Hizmetlerden Ayıran Temel Özellikler**, Modern Hastane Yönetimi, Cilt 3 Sayı 6 Ağustos-Eylül, 1999, s.12
- TOMES, A.E., S. Chee Peng Ng., **Service Quality in Hospital Care: the Development of an in Patient Questionnaire**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 8(3), 1995, s.25-33.
- TURAN, Nurcan, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar; Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 2004
- TURNER Oswald, Sharon L., Douglas E., Snipes, Robin L. and Butler, Daniel, **Quality Determinants And Hospital Satisfaction**, Marketing Health Services, March 1, Vol:18, Issue:1, pp.1094-1304, 1998
- TURNER, Pau, D. ve Pol, Louis, G., **Beyond Patient Satisfaction**, Journal of Health Care Marketing, 15, 3, 1995, s.45-53.

- UYGUÇ, N., **Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi**. İzmir:Dokuz Eylül Yayınları, 1998.
- ÜNER, M. Mithat, **Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?**, Pazarlama Dünyası, Yıl:8, Sayı:43 (Ocak-Şubat), 1994, s. 2-11.
- ÜNLÜ, E. ve Aktaş, A.M., **Hizmet Kalitesinin ve Etkinliğinin Ölçülmesinde Değerlendirme Araştırmalarının Rolü**, 1. Sistem Mühendisliği ve Savunma Uygulamaları Sempozyumu, Kara Harp Okulu, Ankara, 1995, s.42-50.
- VARİNLİ, İ., S. İLKAY and O.ERDEM, **Patient Perceptions about Service Quality of a Hospital in Turkey**, in Young, J.A., R.D. Green and F.W. Gilbert (Ed.), *Advances in Marketing: Theory, Practice, and Education*, Society for Marketing Advances 1999 Proceedings, Atlanta-Georgia, October 26-30, 1999, s. 272-276.
- VARİNLİ, İnci ve ÇAKIR, Aysel, **Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Hakkındaki İlişki – Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma**, Kayseri:Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:17, Şubat 2004
- VARİNLİ, İnci, M. Sıtkı İLKAY, Orhan ERDEM, **Erciyes Üniversitesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerinin Ölçümü**, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını N:66, 2001.
- WALKER, L. J. Harrison, **Examination of the Factorial Structure of Service Quality: A Multi Firm Analysis**. *The Service Industries Journal*, 22 (2), 2002, s. 59-72.

- WALTERS, D. and P. Jones (2001) **Value and Value Chains in Healthcare: Quality Management Perspective**, The QM Magazine, 13(5), 319-333.
- WHITE, L. ve Galbraith M., **Customer Determinants of Perceived Service Quality in a Business to Business Context :A Study within the Health Services Industry**, ANZMAC, Visionary Marketing for the 21st Century: Facing the Challenge, 2000
- WILLIAMS, S.J. and M. CALNAN, **Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Setting**, Social Science and Medicine, 33 (6), 1991, s. 707–716.
- WOODSIDE, A.G., L.L. FREY and R.T. DALY, **Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention: from General to Applied Frameworks of the Service Encounter**, Journal of Health Care Marketing, 9 (4), 1989, s. 5–17.
- YAĞCI, M. İ. ve DUMAN, T., **Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması**, Doğuş Üniversitesi Dergisi, c.7, 2006, s.218- 238
- YANG, C.C., **Improvement Actions Based On The Customers' Satisfaction Survey**, TQM &Business Excellence, vol.14, no.8, 2003, s. 919-930.
- YAPRAKLI, Ş. ve S. ÖZER, **İçsel Pazarlama**, Pazarlama Dünyası Dergisi, 6, Kasım-Aralık,2001, s.58-62.



## EKLER

## EK-1 Anket Formu

Değerli Katılımcı,  
Bu anket Gazi Üniversitesinde doktora yapmakta olan İbrahim H. KAYRAL'ın: "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Bir Uygulama" konulu tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Kimlik bilgileriniz ile ilgili gizlilik ilkelere uyulacağını belirtir, katkılarınız için teşekkür ederiz.

## A.Hizmetler İle İlgili Kanaatler

XYZ Hastanesinde aldığımız hizmetler ilgili olarak lütfen aşağıdaki ifadelere katılma durumunuzu belirtiniz.		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
<b>XYZ Hastanesinde / Hastanesinin</b>						
1	... kullanılan araç-gereç ve teknoloji çağa uygundur.	1	2	3	4	5
2	... fiziksel görünümü güzeldir.	1	2	3	4	5
3	... tuvaletler çok temizdir.	1	2	3	4	5
4	... odalar çok temizdir.	1	2	3	4	5
5	... yemeklerin kalitesi çok iyidir.	1	2	3	4	5
6	... hastaya verilen yiyeceklerin sıcaklığı iyidir.	1	2	3	4	5
7	... çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) hasta mahremiyetine saygı gösterirler.	1	2	3	4	5
8	... odaları sessizdir.	1	2	3	4	5
9	... otopark imkânı yeterlidir.	1	2	3	4	5
10	... yemekler vaktinde verilir.	1	2	3	4	5
11	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) önceden söz verdiği hizmetleri zamanında yerine getirirler.	1	2	3	4	5
12	... hasta kayıtları doğru tutulur.	1	2	3	4	5
13	... çıkarılan fatura gerçeği yansıtır.	1	2	3	4	5
14	... hastalara yapılacak işlemlerin kesin olarak ne zaman gerçekleşeceği açıkça söylenir.	1	2	3	4	5
15	... taburcu işlemleri kolaylıkla yapılmaktadır	1	2	3	4	5
16	... ihtiyaç duyulduğunda çalışanlara (doktor, hemşire vd.) kolayca ulaşılır.	1	2	3	4	5
17	... kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşir.	1	2	3	4	5
18	... çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) hastaya yardımcı olma konusunda isteklidirler.	1	2	3	4	5
19	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) taburcu işlemleriyle ilgili sorulara ayrıntılı cevap verirler.	1	2	3	4	5
20	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) herhangi bir işlem ve prosedür ile ilgili hasta tarafından sorulan sorulara yanıtlarlar.	1	2	3	4	5
21	... uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilir.	1	2	3	4	5
22	... taburcu işlemlerinin nasıl olacağı hasta yakınlarına ayrıntılı olarak açıklanır.	1	2	3	4	5
23	... çalışanlara (doktor, hemşire vd.) güveniyorum.	1	2	3	4	5
24	... uygulanan tedavi sonucunda iyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	2	3	4	5
25	... çıkan faturasıya güveniyorum.	1	2	3	4	5
26	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) ile ilişkilerde kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
27	... çalışanların (doktor, hemşire vd.) 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 içinde görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
30	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastaya kibar davranırlar.	1	2	3	4	5
31	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
32	... ziyaretçilere iyi davranırlar.	1	2	3	4	5
33	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastanın ihtiyacını anlamaktadırlar.	1	2	3	4	5
34	... hemşireler hastalarına özel ihtimam ve bakım gösterirler.	1	2	3	4	5
<b>Genel Değerlendirme</b>		<b>Ka</b>	<b>Dağık</b>	<b>Orta</b>	<b>Yüksek</b>	<b>Ka</b>
1	Eğer ihtiyaç duyarsam XYZ Hastanesini tekrar tercih etme isteğim...	1	2	3	4	5
2	... verilen hizmetlerden memnuniyetim...	1	2	3	4	5
3	Hastanenin genel kalitesi ...	1	2	3	4	5

-Bir sonraki sayfaya geçiniz--

## B.Genel Bilgiler

1	Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2	Yaşınız	...
3	Bu hastaneye daha önce geldiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
4	Aylık Geliriniz	<input type="checkbox"/> 750 TL ve daha az
		<input type="checkbox"/> 751 TL – 1.500 TL
		<input type="checkbox"/> 1.501 TL – 2.250 TL
		<input type="checkbox"/> 2.251 TL – 3.000 TL
		<input type="checkbox"/> 3.001 TL ve daha fazla
5	Tedavi Olduğunuz Bölüm (Servis/Klinik)	<input type="checkbox"/> İç Hastalıkları
		<input type="checkbox"/> Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
		<input type="checkbox"/> Genel Cerrahi
		<input type="checkbox"/> Kadın Hastalıkları ve Doğum
6	Tedavi Ücretlerinizi Kim Karşılıyor?	<input type="checkbox"/> Devlet Kurumu (Sosyal Güvenlik Kurumu, Yeşil Kart...)
		<input type="checkbox"/> Özel Sigorta Şirketi
		<input type="checkbox"/> Kendim
7	Eğitiminiz	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil
		<input type="checkbox"/> Okur-yazar
		<input type="checkbox"/> İlköğretim
		<input type="checkbox"/> Lise ve dengi
		<input type="checkbox"/> Fakülte/Yüksekokul
		<input type="checkbox"/> Lisansüstü
8	Anketi Dolduran;	<input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Rafakatçi
9	İkamet Durumunuz	<input type="checkbox"/> Ankara <input type="checkbox"/> Ankara Dışı
10	Hastanede Kalış Süreniz	<input type="checkbox"/> 1- 3 Gün
		<input type="checkbox"/> 4- 6 Gün
		<input type="checkbox"/> 7 ve üzeri

Teşekkür Ederiz---



## EK-2 Güvenilirlik Test Değerleri

### Algılanan Hizmet Kalite Ölçeği Güvenilirlik Test Sonuçları

<b>Case Processing Summary</b>		
	N	%
Case Valid	83	72,8
Excluded	31	27,2
Total	114	100
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.		

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's Alpha	N of Items
<b>0,928</b>	<b>34</b>

#### Item-Total Statistics\*

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	138,17	215,752	0,398	0,927
2	138,06	212,96	0,514	0,926
3	138,34	213,592	0,388	0,928
4	137,94	216,667	0,389	0,927
5	138,45	209,47	0,436	0,928
6	138,07	209,409	0,548	0,926
7	137,83	216,239	0,423	0,927
8	138,11	215,976	0,372	0,928
9	138,67	219,247	0,202	0,931
10	138,01	216,744	0,356	0,928
11	137,82	215,76	0,575	0,926
12	137,87	217,994	0,364	0,928
13	137,82	214,906	0,507	0,926
14	137,82	219,369	0,427	0,927
15	137,67	217,368	0,54	0,926
16	137,72	214,569	0,646	0,925
17	137,77	216,252	0,52	0,926
18	137,8	216,726	0,532	0,926
19	137,77	216,032	0,517	0,926
20	137,76	211,527	0,736	0,924
21	137,78	217,928	0,438	0,927
22	137,82	215,93	0,534	0,926
23	137,75	217,899	0,525	0,926
24	137,83	212,264	0,656	0,924

25	137,78	212,733	0,635	0,925
26	137,75	213,606	0,705	0,924
27	137,84	212,548	0,715	0,924
28	137,9	211,113	0,649	0,924
29	137,75	213,386	0,61	0,925
30	137,67	212,368	0,694	0,924
31	137,73	210,661	0,651	0,924
32	137,72	211,593	0,633	0,925
33	137,8	213,872	0,585	0,925
34	137,78	214,855	0,549	0,926

\*Cronbach Alpha değerini düşürecek herhangi bir soruya rastlanmadığından ölçekte bir değişiklik yapılmamıştır.

### Hasta Tatmini Ölçeği Güvenilirlik Test Sonuçları

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	109	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	109	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
<b>,867</b>	<b>3</b>

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	8,54	2,436	,746	,819
2	8,50	2,234	,756	,805
3	8,68	2,109	,748	,816

### EK-3 Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Teknikler

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
1	2260	4,07	,907	,285	,189	-,285	13,850	,000
2	2260	4,02	,944	,279	,174	-,279	13,559	,000
3	2280	3,88	1,130	,260	,161	-,260	12,682	,000
4	2262	4,02	1,012	,266	,167	-,266	12,949	,000
5	2240	3,80	1,094	,260	,137	-,260	12,566	,000
6	2232	3,96	1,018	,276	,153	-,276	13,306	,000
7	2274	4,34	,815	,290	,211	-,290	14,140	,000
8	2261	4,02	1,027	,267	,171	-,267	12,977	,000
9	2187	3,65	1,287	,258	,147	-,258	12,342	,000
10	2236	4,30	,801	,268	,192	-,268	12,961	,000
11	2270	4,33	,788	,282	,196	-,282	13,753	,000
12	2259	4,34	,750	,282	,203	-,282	13,679	,000
13	2112	4,15	,889	,250	,169	-,250	11,766	,000
14	2257	4,26	,841	,260	,189	-,260	12,633	,000
15	2218	4,27	,817	,264	,187	-,264	12,701	,000
16	2272	4,30	,834	,277	,201	-,277	13,505	,000
17	2268	4,29	,824	,270	,194	-,270	13,133	,000
18	2270	4,33	,792	,280	,199	-,280	13,617	,000
19	2239	4,31	,785	,276	,191	-,276	13,366	,000
20	2268	4,32	,794	,278	,196	-,278	13,509	,000
21	2272	4,27	,847	,263	,195	-,263	12,811	,000
22	2226	4,29	,789	,264	,195	-,264	12,722	,000
23	2272	4,40	,732	,312	,208	-,312	15,188	,000
24	2258	4,28	,790	,269	,188	-,269	13,074	,000
25	2140	4,14	,890	,251	,167	-,251	11,876	,000
26	2274	4,37	,761	,297	,204	-,297	14,488	,000
27	2268	4,39	,762	,307	,211	-,307	14,957	,000
28	2273	4,34	,813	,291	,207	-,291	14,185	,000
29	2272	4,37	,780	,301	,211	-,301	14,648	,000
30	2272	4,41	,754	,314	,218	-,314	15,289	,000
31	2280	4,38	,772	,300	,211	-,300	14,625	,000
32	2265	4,24	,888	,256	,196	-,256	12,433	,000
33	2279	4,33	,783	,284	,197	-,284	13,876	,000
34	2278	4,36	,799	,304	,212	-,304	14,820	,000

**Anova Testi**  
**Faktör = Hizmet Kalitesi**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Between Groups	432,719	13	33,286	51,849	,000
	Within Groups	1506,100	2246	,642		
	Total	1938,820	2259			
2	Between Groups	488,303	13	37,562	54,530	,000
	Within Groups	1615,985	2246	,689		
	Total	2104,288	2259			
3	Between Groups	575,468	13	44,267	42,582	,000
	Within Groups	2459,591	2266	1,040		
	Total	3035,059	2279			
4	Between Groups	547,785	13	42,137	52,910	,000
	Within Groups	1869,935	2248	,796		
	Total	2417,719	2261			
5	Between Groups	497,939	13	38,303	38,678	,000
	Within Groups	2303,450	2226	,990		
	Total	2801,389	2239			
6	Between Groups	345,443	13	26,573	29,739	,000
	Within Groups	2071,183	2218	,894		
	Total	2416,626	2231			
7	Between Groups	298,439	13	22,957	42,403	,000
	Within Groups	1277,706	2260	,541		
	Total	1576,145	2273			
8	Between Groups	412,300	13	31,715	35,813	,000
	Within Groups	2078,465	2247	,886		
	Total	2490,765	2260			
9	Between Groups	288,262	13	22,174	14,402	,000
	Within Groups	3499,682	2173	1,540		
	Total	3787,944	2186			
10	Between Groups	260,052	13	20,004	37,564	,000
	Within Groups	1236,543	2222	,533		
	Total	1496,595	2235			
11	Between Groups	337,847	13	25,988	54,023	,000
	Within Groups	1133,379	2256	,481		
	Total	1471,225	2269			
12	Between Groups	274,841	13	21,142	47,145	,000
	Within Groups	1051,584	2245	,448		
	Total	1326,426	2258			
13	Between Groups	210,994	13	16,230	23,211	,000
	Within Groups	1536,961	2098	,699		
	Total	1747,955	2111			
14	Between Groups	429,263	13	33,020	62,446	,000
	Within Groups	1238,930	2243	,529		
	Total	1668,193	2256			
15	Between Groups	333,432	13	25,649	48,748	,000
	Within Groups	1212,254	2204	,526		
	Total	1545,686	2217			
16	Between Groups	447,243	13	34,403	67,432	,000
	Within Groups	1203,037	2258	,510		
	Total	1650,280	2271			
17	Between Groups	347,044	13	26,696	49,853	,000
	Within Groups	1260,535	2254	,535		
	Total	1607,579	2267			

18	Between Groups Within Groups Total	467,763 1018,210 1485,973	13 2256 2269	35,982 ,432	83,257	,000
19	Between Groups Within Groups Total	394,124 1045,540 1439,664	13 2225 2238	30,317 ,450	67,417	,000
20	Between Groups Within Groups Total	441,796 1048,643 1490,439	13 2254 2267	33,984 ,445	76,288	,000
21	Between Groups Within Groups Total	478,108 1223,958 1702,066	13 2258 2271	36,778 ,519	70,853	,000
22	Between Groups Within Groups Total	401,322 1046,697 1448,019	13 2212 2225	30,871 ,453	68,189	,000
23	Between Groups Within Groups Total	350,681 918,786 1269,467	13 2258 2271	26,975 ,390	69,231	,000
24	Between Groups Within Groups Total	383,484 1087,537 1471,021	13 2244 2257	29,499 ,464	63,580	,000
25	Between Groups Within Groups Total	294,033 1480,342 1774,375	13 2126 2139	22,618 ,665	34,011	,000
26	Between Groups Within Groups Total	437,846 937,434 1375,281	13 2260 2273	33,680 ,397	84,791	,000
27	Between Groups Within Groups Total	433,533 940,587 1374,120	13 2254 2267	33,349 ,400	83,462	,000
28	Between Groups Within Groups Total	493,500 1072,799 1566,299	13 2259 2272	37,962 ,455	83,474	,000
29	Between Groups Within Groups Total	509,698 934,597 1444,295	13 2258 2271	39,208 ,396	98,921	,000
30	Between Groups Within Groups Total	485,561 863,375 1348,935	13 2258 2271	37,351 ,366	102,010	,000
31	Between Groups Within Groups Total	510,610 906,501 1417,111	13 2266 2279	39,278 ,383	102,516	,000
32	Between Groups Within Groups Total	606,366 1259,737 1866,103	13 2251 2264	46,644 ,536	87,049	,000
33	Between Groups Within Groups Total	490,138 967,525 1457,663	13 2265 2278	37,703 ,409	92,160	,000
34	Between Groups Within Groups Total	531,017 984,792 1515,809	13 2264 2277	40,847 ,417	98,055	,000

**Anova Testi**  
**Faktör = Hastane Türleri**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Between Groups	61,113	3	20,371	25,560	,000
	Within Groups	1877,707	2256	,797		
	Total	1938,820	2167			
2	Between Groups	106,808	3	35,603	41,993	,000
	Within Groups	1997,480	2256	,848		
	Total	2104,288	2167			
3	Between Groups	209,131	3	69,710	58,612	,000
	Within Groups	2825,927	2276	1,189		
	Total	3035,059	2187			
4	Between Groups	125,363	3	41,788	42,984	,000
	Within Groups	2292,357	2258	,972		
	Total	2417,719	2261			
5	Between Groups	77,445	3	25,815	22,138	,000
	Within Groups	2723,944	2236	1,166		
	Total	2801,389	2239			
6	Between Groups	75,460	3	25,153	25,012	,000
	Within Groups	2341,166	2228	1,006		
	Total	2416,626	2231			
7	Between Groups	9,546	3	3,182	4,814	,002
	Within Groups	1566,599	2270	,661		
	Total	1576,145	2273			
8	Between Groups	87,583	3	29,194	28,633	,000
	Within Groups	2403,182	2257	1,020		
	Total	2490,765	2260			
9	Between Groups	383,329	3	127,776	85,682	,000
	Within Groups	3404,615	2183	1,491		
	Total	3787,944	2186			
10	Between Groups	12,164	3	4,055	6,370	,000
	Within Groups	1484,432	2232	,637		
	Total	1496,595	2235			
11	Between Groups	22,730	3	7,577	12,376	,000
	Within Groups	1448,495	2266	,612		
	Total	1471,225	2269			
12	Between Groups	18,074	3	6,025	10,845	,000
	Within Groups	1308,351	2255	,556		
	Total	1326,426	2258			
13	Between Groups	63,971	3	21,324	27,959	,000
	Within Groups	1683,984	2108	,763		
	Total	1747,955	2111			
14	Between Groups	57,145	3	19,048	27,821	,000
	Within Groups	1611,048	2253	,685		
	Total	1668,193	2256			
15	Between Groups	53,062	3	17,687	27,421	,000
	Within Groups	1492,624	2214	,645		
	Total	1545,686	2217			
16	Between Groups	62,899	3	20,966	31,277	,000
	Within Groups	1587,381	2268	,670		
	Total	1650,280	2271			
17	Between Groups	35,404	3	11,801	17,745	,000
	Within Groups	1572,175	2264	,665		
	Total	1607,579	2267			

18	Between Groups	37,880	3	12,627	20,630	,000
	Within Groups	1448,093	2266	,612		
	Total	1485,973	2269			
19	Between Groups	36,242	3	12,081	20,100	,000
	Within Groups	1403,422	2235	,601		
	Total	1439,664	2238			
20	Between Groups	28,985	3	9,662	15,629	,000
	Within Groups	1461,453	2264	,618		
	Total	1490,439	2267			
21	Between Groups	30,848	3	10,283	14,570	,000
	Within Groups	1671,218	2268	,706		
	Total	1702,066	2271			
22	Between Groups	32,619	3	10,873	17,837	,000
	Within Groups	1415,400	2222	,610		
	Total	1448,019	2225			
23	Between Groups	13,650	3	4,550	8,580	,000
	Within Groups	1255,817	2268	,530		
	Total	1269,467	2271			
24	Between Groups	28,460	3	9,487	15,480	,000
	Within Groups	1442,562	2254	,613		
	Total	1471,021	2257			
25	Between Groups	55,715	3	18,572	24,162	,000
	Within Groups	1718,660	2136	,769		
	Total	1774,375	2139			
26	Between Groups	14,953	3	4,984	8,684	,000
	Within Groups	1360,328	2270	,574		
	Total	1375,281	2273			
27	Between Groups	15,777	3	5,259	9,153	,000
	Within Groups	1358,343	2264	,575		
	Total	1374,120	2267			
28	Between Groups	34,405	3	11,468	17,735	,000
	Within Groups	1531,894	2269	,647		
	Total	1566,299	2272			
29	Between Groups	29,198	3	9,733	16,287	,000
	Within Groups	1415,096	2268	,598		
	Total	1444,295	2271			
30	Between Groups	17,145	3	5,715	10,161	,000
	Within Groups	1331,791	2268	,562		
	Total	1348,935	2271			
31	Between Groups	19,830	3	6,610	11,240	,000
	Within Groups	1397,281	2276	,588		
	Total	1417,111	2187			
32	Between Groups	75,624	3	25,208	33,241	,000
	Within Groups	1790,479	2261	,758		
	Total	1866,103	2264			
33	Between Groups	36,955	3	12,318	20,593	,000
	Within Groups	1420,708	2275	,598		
	Total	1457,663	2278			
34	Between Groups	36,571	3	12,190	19,564	,000
	Within Groups	1479,238	2274	,623		
	Total	1515,809	2277			

## ÖZET

KAYRAL, İbrahim H., Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma, Doktora Tezi, Ankara, 2012

Sağlık hizmetlerinin amacı insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesidir. Bütün hizmet kuruluşlarında olduğu gibi, sağlık kuruluşlarında da hizmet kalitesi önemli yer tutmaktadır.

Bundan dolayıdır ki işletmelerin hizmet kalitesi için ortaya koydukları tüm çabaların yarattıkları etkilerin ölçülmesi, hizmeti alan müşterilerin sunulan hizmetleri nasıl algıladıkları, kalitenin hangi boyutlarında nasıl farklılıklar gösterdikleri ve elde edilen bu sonuçlara göre yeni tedbirlerin alınması sürekli iyileştirmenin anahtarı olmaktadır.

Yukarıda ele alınan koşullar çerçevesinde bu çalışmada, sağlık alanında sunulan hizmetlerin kalitesinin bu hizmetleri alanlar tarafından nasıl algılandığı, bu hizmetleri sunan farklı hastane türlerine göre karşılaştırılarak değerlendirmelerde bulunmaktadır. Böylece hastaların hizmet kalite algılarının hastane türlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ve farklılıkların kalitenin hangi boyutları açısından ön plana çıktığı gibi tespitler yapılmıştır.

### **Anahtar Kelimeler:**

1. Kalite,
2. Hizmet,
3. Hizmet Kalitesi,
4. Hastane Türleri,
5. Hastane İşletmeleri



## ABSTRACT

KAYRAL, İbrahim H., Perceived Service Quality of Health Care Organizations and A Research in Ankara by Hospital Type, Phd Thesis, Ankara, 2012

The purpose of giving health services in a society is to protect and enhance individuals' physical, mental and social health and wellbeing. By achieving this goal, we can improve the level of social welfare and happiness of the society. The service quality has an important place in health organizations, as well as in the other organizations. as in the other organizations.

Therefore measuring of the impacts that created for all the effort put forward by businesses to the quality of service, how do customers perceive the services offered on the service, how differentiated in which dimensions of quality and according to the results obtained by these new measures are the key to continuous improvement.

Discussed above, under the conditions of this study, areas in the field of health services offered by this perception of the quality of services, according to the hospital by comparing different types of assessments is to offer these services. Thus, according to the type of hospital patients' perceptions of service quality differentiation between left and in terms of which are in the forefront of quality, such as differences in size determinations were made.

### **Keywords:**

1. Quality,
2. Services,
3. Service Quality,
4. Types of Hospital,
5. Hospital Organizations